

Université de Montréal

Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une
approche interprofessionnelle

par
Suzanne Aucoin

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Ph. D.
en sciences infirmières

Octobre 2007

© Suzanne Aucoin, 2007



WY
5
U58
2007
v.014

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

Élaboration et validation nominale de qualité des soins critiques selon une approche
interprofessionnelle

présentée par
Suzanne Aucoin

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Mme Hélène Lefebvre, Ph. D.
présidente-rapporteur

M. Raymond Grenier, Ph. D.
directeur de recherche

Mme Louise Gagnon, Ph. D.
membre du jury

M. Guy Bélanger, Ph. D.
examineur externe

M. Jean-Marc Brodeur, Ph. D.
représentant du doyen de la FES

Sommaire

Grâce à l'apport des professionnels qui y œuvrent, les unités de soins critiques permettent de fournir des soins à des usagers cliniquement instables et à leurs proches. Cependant, il n'existe aucun outil interdisciplinaire valide, fidèle et fiable sur lequel peuvent compter les gestionnaires et les professionnels de la santé afin de mesurer et d'apprécier la qualité des soins dispensés dans ces unités. Les buts de cette recherche étaient de définir le construit «qualité des soins dispensés en unité de soins critiques», d'élaborer et de valider des critères de qualité des soins offerts dans ce type d'unités selon une approche interprofessionnelle, tout en prenant en compte le point de vue de l'utilisateur et de ses proches pour les aspects sur lesquels ils sont en mesure de se prononcer.

Une définition du construit de qualité des soins critiques et un modèle intégrateur ont été soumis. Les dimensions retenues comme étant celles correspondant le mieux au construit de qualité des soins critiques sont l'accessibilité, le confort, la continuité, l'efficacité, l'efficience, l'empathie, le respect, la fiabilité, la pertinence et la responsabilisation. Les diverses étapes du déroulement de l'étude ont été abordées selon l'approche du modèle de Benson et Clark (1982) au regard des phases de planification et de construction du modèle et ont permis de répondre aux questions de recherche.

Un total de 150 critères distincts a donc été produit, couvrant les 10 dimensions du construit de qualité des soins critiques. À partir de la liste initiale, trois listes de critères ont été constituées afin d'être validées, une liste pour les professionnels, une autre pour les usagers et la dernière pour les proches. Des informateurs clés de chaque groupe, 14 professionnels, 15 usagers et 15 proches ont validé les critères proposés, avec un consensus d'au moins 80 %. L'indice de validité de contenu (IVC) de chaque critère puis de chaque liste de critère a également été calculé. Les professionnels ont validé 89 des 90 critères proposés à plus de 80 % et ce, aux plans de la clarté, de l'importance et de la pertinence, la liste des critères affichant un IVC de 0,93. Les proches ont validé à plus de 80 % les 47 critères proposés, et la liste des critères démontre un IVC de 0,99. Enfin, les usagers ont validé 38 des 39 critères proposés à plus de 80 % et un IVC de 0,98 a été obtenu pour la liste des critères soumis. Cette étude a permis d'élaborer et de

valider des critères de qualité des soins critiques qui vont au-delà des indicateurs physiologiques et qui tiennent compte du point de vue des professionnels qui œuvrent en unité de soins critiques, tout comme de celui des proches et des usagers qui y séjournent.

Mots clés : qualité des soins, qualité des soins critiques, critères de qualité des soins critiques, dimensions de la qualité des soins critiques, interdisciplinarité, soins critiques, soins intensifs.

Summary

Critical care units, through the contribution of professionals working in them, provide healthcare to clinically unstable patients and their relatives. However, no valid and reliable interdisciplinary tools are currently available to health administrators and professionals for measuring and assessing the quality of healthcare provided in these units. This study's objectives were to define the construct of "quality of care provided in critical care units", to elaborate and to validate quality criteria for care provided in this type of unit based on an inter-professional approach, while considering the users and relatives' viewpoints on aspects they are concerned with.

A definition of the construct of critical care quality as well as an integrative model have been submitted. Dimensions chosen as those most corresponding to the construct of critical care quality are accessibility, comfort, continuity, efficacy, efficiency, empathy, respect, reliability, pertinence and responsabilization. The study's various steps were conducted based on the model of Benson and Clark (1982) for the planning and construction phases, and have enabled to answer research questions.

A total of 150 distinct criteria have thus been elaborated, covering the 10 dimensions of the construct of critical care quality. Based on the initial list, three lists of criteria have been produced for validation purposes: one list for professionals, one for users and one for the latter's relatives. Key-informers from each group, 14 professionals, 15 users and 15 relatives, have validated the suggested criteria, with a consensus exceeding 80 %. The content validity index (CVI) for each criterion, and then from each list of criteria, was also calculated. Professionals have validated 89 of the 90 suggested criteria beyond 80 % agreement rate on clarity, importance and pertinence, the list of criteria presenting a CVI of 0.93. Relatives have validated the 47 suggested criteria beyond 80 % agreement rate, the list of criteria displaying a CVI of 0.99. Finally, users have validated 38 of the 39 suggested criteria beyond 80 % with an agreement rate over 80 % and a CVI of 0.98 was obtained for the submitted criteria. This study has enabled the elaboration and validation of critical care quality criteria that go beyond physiological indicators and that consider viewpoints of professionals working in critical care units, as well as those of users and relatives who attend them.

Keywords: quality of care, quality of critical care, critical care quality criteria, dimensions of critical care quality, interdisciplinarity, critical care, intensive care.

Table des matières

Identification des membres du jury	ii
Sommaire	iii
Summary	v
Table des matières	vii
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures	xii
Liste des abréviations.....	xiii
<i>Remerciements</i>	xiv
<i>Introduction</i>	1
Chapitre 1 <i>Problématique</i>	4
Énoncé du problème.....	5
Buts de l'étude	16
Questions de recherche	16
Chapitre 2 <i>Recension des écrits</i>	17
Historique du concept de qualité.....	18
Définitions des concepts de qualité et de qualité des soins.....	21
Tendance descriptive.....	23
Tendance normative	23
Tendance évaluative.....	24
Tendance téléologique	25
Principaux cadres de référence relatifs à la qualité des soins	27
Cadre conceptuel de Donabedian.....	27
Modèle de Johnson, Mass, et Moorhead	31
Modèle de la RRSSS de Montréal Centre.....	32
Cadres conceptuels infirmiers de la qualité des soins.....	33
Cadre conceptuel de Brown	34
Cadre conceptuel d'Attree.....	35
Cadre conceptuel de Larrabee	36
Cadre conceptuel de Mitchell et ses collaborateurs	38
Dimensions de la qualité des soins	39
Vision des différents acteurs du système	50
Contexte des soins critiques.....	54
Structure des soins critiques.....	55

Processus de soins critiques	57
Effets des soins critiques	58
Usager et proches	59
Mesure et évaluation de la qualité des soins critiques	62
Dimensions du construit de qualité des soins critiques.....	66
Secteur organisationnel	68
Secteur téléologique	71
Secteur relationnel.....	73
Secteur professionnel	74
Cadre conceptuel intégrateur de la qualité des soins critiques et ses dimensions	76
Éléments de mesure et d'évaluation.....	81
 Chapitre 3 <i>Méthode</i>	87
Définition opérationnelle des termes	88
Unités de soins critiques.....	88
Dimensions du construit de qualité des soins critiques.....	89
Critères de qualité	91
Norme.....	91
Usager	91
Proche.....	91
Professionnel	91
Gestionnaire	92
Consensus.....	92
Indice de validité de contenu (IVC)	92
Clarté	92
Importance.....	92
Pertinence	92
Choix et justification de la méthode utilisée.....	92
Planification : étapes 1 et 2	93
Construction : étapes 3 à 6	93
Évaluation quantitative : étapes 7 à 11	95
Validation : étapes 12 et 13.....	95
Déroulement de l'étude.....	97
Planification : étapes 1 et 2	97
Construction : étapes 3 à 6	98
Sélection des informateurs clés et collecte des données.....	101
Informateurs clés professionnels	102
Informateurs clés non professionnels	105
Plan d'analyse des données.....	111
Considérations éthiques	114
 Chapitre 4 <i>Résultats</i>	116
Critères de qualité proposés	117
Résultats de la validation des critères par les professionnels	124
Secteur organisationnel.....	124
Secteur téléologique.....	128

Secteur relationnel	130
Secteur professionnel	132
Résultats de la validation des critères par les proches	134
Secteur organisationnel	135
Secteur téléologique	137
Secteur relationnel	138
Secteur professionnel	139
Résultats de la validation des critères par les usagers	141
Secteur organisationnel	142
Secteur téléologique	144
Secteur relationnel	145
Secteur professionnel	146
Résultats des analyses statistiques complémentaires	149
Comparaison des résultats des professionnels	154
Comparaison des résultats des usagers et des proches	155
Chapitre 5 <i>Discussion et recommandations</i>	157
Première question de recherche	158
Seconde question de recherche	163
Considérations méthodologiques	175
Avantages de l'étude	177
Limites de l'étude	179
Recommandations pour la recherche	180
<i>Synthèse des résultats et de la discussion et conclusion</i>	183
Synthèse des résultats et de la discussion	184
Conclusion	187
Références	188
<i>Appendice A</i> Liste des critères soumis aux informateurs clés professionnels	212
<i>Appendice B</i> Liste des critères soumis aux informateurs clés usagers	238
<i>Appendice C</i> Liste des critères soumis aux informateurs clés proches	251
<i>Appendice D</i> Liste des critères communs usagers et proches	266
<i>Appendice E</i> Lettre de sollicitation des informateurs clés professionnels	270
<i>Appendice F</i> Lettre de remerciement aux professionnels et guide explicatif	272
<i>Appendice G</i> Lettre de recrutement aux informateurs clés non professionnels	279
<i>Appendice H</i> Annonce de recrutement publiée dans les journaux locaux	282

<i>Appendice I</i>	Exemple de lettre à afficher pour les employés du CSSS de Chicoutimi	284
<i>Appendice J</i>	Seconde lettre de recrutement des informateurs clés non professionnels	286
<i>Appendice K</i>	Lettre de remerciement aux informateurs clés non professionnels ..	289
<i>Appendice L</i>	Approbations du Comité scientifique du CSSS de Chicoutimi et des divers comités d'éthique de la recherche.....	291
<i>Appendice M</i>	Formulaires d'information et de consentement : version professionnel, version usager, version proche	300
<i>Appendice N</i>	Lettres de remerciement aux informateurs clés.....	319
<i>Appendice O</i>	Principales références dont sont issus les critères de qualité des soins critiques	323
<i>Appendice P</i>	Résultats de la validation nominale des critères de qualité des soins critiques aux plans de la clarté, de l'importance et de la pertinence de ceux-ci, regroupés par dimension et commentaires pour les informateurs clés professionnels.....	327
<i>Appendice Q</i>	Résultats de la validation nominale des critères de qualité des soins critiques aux plans de la clarté, de l'importance et de la pertinence de ceux-ci, regroupés par dimension pour les informateurs clés proches	354
<i>Appendice R</i>	Résultats de la validation nominale des critères de qualité des soins critiques aux plans de la clarté, de l'importance et de la pertinence de ceux-ci, regroupés par dimension pour les informateurs clés usagers.....	361
<i>Appendice S</i>	Statistiques descriptives par informateur clé, par groupe d'informateurs clés et par dimension.....	367
<i>Appendice T</i>	Analyses statistiques des différences de résultats entre les professionnels et entre les usagers et les proches	377

Liste des Tableaux

Tableau 1	Secteurs et dimensions du concept de services santé et services sociaux	33
Tableau 2	Dimensions du concept de qualité des soins.....	41
Tableau 3	Dimensions du concept de services santé et services sociaux	48
Tableau 4	Dimensions de la qualité chez les personnes atteintes de MPOC.....	52
Tableau 5	Secteurs et dimensions du construit de qualité des soins critiques.....	67
Tableau 6	Synthèse des différents types de validités des résultats à un test.....	83
Tableau 7	Proportion d'experts (au-dessus de la ligne) dont l'acceptation est requise pour établir la validité de contenu au-delà de 0,05 de niveau de signification	86
Tableau 8	Dimensions retenues et nombre de critères à valider pour chaque groupe d'informateurs clés	100
Tableau 9	Échelle d'évaluation de chaque critère	100
Tableau 10	Caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés professionnels	105
Tableau 11	Caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés usagers	110
Tableau 12	Caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés proches	111
Tableau 13	Répartition des normes et des critères dans chaque secteur et sous chaque dimension et leur taux de représentativité dans le référentiel	119
Tableau 14	Nombre et taux de représentativité de l'ensemble des critères selon les groupes d'informateurs clés	122
Tableau 15	Comparaison des résultats de chaque professionnel pour l'ensemble des paramètres de validation.....	149
Tableau 16	Comparaison des résultats de chaque proche pour l'ensemble des paramètres de validation	150

Liste des Tableaux (suite)

Tableau 17	Comparaison des résultats de chaque usager pour l'ensemble des paramètres de validation	152
Tableau 18	Comparaison par dyade des moyennes des résultats pour les trois paramètres de validation des 26 critères soumis à leur jugement.....	153

Liste des figures

Figure 1	Modèle conceptuel des mesures de résultats.....	32
Figure 2	Modèle conceptuel de la qualité des soins infirmiers.....	35
Figure 3	Modèle conceptuel de la qualité des soins	36
Figure 4	Modèle émergent de la qualité	37
Figure 5	<i>Quality Health Outcomes Model</i>	38
Figure 6	Modèle interdisciplinaire de la qualité des soins critiques.....	78
Figure 7	Cheminement pour le développement d'un instrument	96

Liste des abréviations

CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CREPUQ	Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec
CSSSC	Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
IVC	Indice de validité de contenu
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
USC	Unité de soins critiques

Remerciements

La réalisation de ce travail n'aurait pu avoir lieu sans le soutien de nombreuses personnes et organismes auxquels je désire exprimer ma profonde gratitude et mes remerciements les plus sincères :

À monsieur Raymond Grenier Ph. D., directeur de thèse, pour sa rigueur scientifique, sa grande disponibilité, son appui et l'excellence de son encadrement.

À mesdames Hélène Lefebvre Ph. D. et Louise Gagnon Ph. D., professeures à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, pour la justesse et la qualité de leurs commentaires et pour m'avoir fait profiter de leur expertise lors de l'examen de synthèse et du jury de thèse.

Aux professionnels du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, de l'hôpital Laval et de l'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ, pour leur exceptionnelle collaboration, leur ouverture et la richesse de leur contribution.

Aux autorités de ces mêmes établissements de santé, pour avoir permis que cette recherche se déroule en leurs murs.

Aux usagers et aux proches ayant vécu un épisode de soins dans une unité de soins critiques du CSSS de Chicoutimi qui ont bien voulu exprimer ce qu'étaient pour eux des soins de qualité.

Aux institutions et organismes suivants, pour leur appui financier : la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et mon employeur, l'Université du Québec à Chicoutimi.

À mon assistante de recherche, madame Lyne Gravel, pour son perfectionnisme, sa rapidité et son intérêt. Sa contribution a été inestimable lors de la collecte des données.

À monsieur Carl Lalancette, du Service des technologies de l'information de l'Université du Québec à Chicoutimi, pour son précieux apport lors de la mise en forme de la version informatisée des questionnaires et des banques de réponses.

À madame Marie-Claude Guertain Ph. D., statisticienne au GRISIM et à monsieur Miguel Chagnon, M. Sc., P. Stat., du Service de consultation en méthodes

quantitatives de l'Université de Montréal, pour leurs judicieux conseils en matière de statistiques.



À monsieur Roland Bourdeau, pour la révision linguistique complète de la thèse.

À tous ceux et celles que je ne peux nommer mais qui, par leur confiance et au hasard d'une rencontre, m'ont insufflé leurs encouragements, souvent même sans le savoir.

À mes amies de toujours, Francine et Claudette, pour avoir supporté mes nombreuses absences sans m'en tenir rigueur et surtout sans entacher notre amitié.

À mes parents qui, malgré les difficultés de l'époque, m'ont tout donné. À mon père que la vie a ravi bien trop tôt, mais qui demeure dans mon cœur à jamais. À ma tendre mère, modèle de persévérance et de détermination qui, depuis le premier jour, a cru en moi et appuyé inconditionnellement toutes mes démarches.

Du plus profond de mon cœur, à l'homme de ma vie, mon époux Daniel, pour sa merveilleuse présence, son amour, son appui indéfectible et sa confiance sans bornes en mes capacités. Ma reconnaissance et mon amour lui sont éternellement acquis.



Introduction

Le concept de qualité des soins est complexe (Attree, 1993; Gunther, 2001; Gunther & Alligood, 2002; Povar, 1991; Schrøder, 1991), multiforme (Brunelle, 1993; Haddad, Roberge, & Pineault, 1997; Taylor & Haussmann, 1988), multidimensionnel (Attree, 1993; Brunelle, 1993; Formarier, Jovic, Coutansais, & Goisneau, 1994; Frost, 1992; Haddad et al., 1997; Schmadl, 1979; Sower, Duffy, Kilbourne, Kohers, & Jones, 2001) et évolutif dans le temps (Brunelle, 1993; Formarier et al., 1994; Haddad et al., 1997). Cependant, malgré toute cette complexité, la qualité des soins se doit d'être mesurée pour ensuite être évaluée. À cette fin, il est nécessaire que des outils spécifiques soient développés, car les critères qui guident la mesure de la qualité sont différents dépendamment des acteurs, des finalités et des contextes dans lesquels se déroulent les activités de mesure et d'évaluation de la qualité (Haddad, Remondin, Roberge, Potvin, & Pineault, 1999; Redfern & Norman, 1990; Roberge, Loiselle, Lebel, Ducharme, & Pineault, 1998).

En matière de soins critiques, où les soins fournis sont déterminants et hautement sophistiqués, l'apport de l'équipe interdisciplinaire est essentiel tant à l'étape de la dispensation des soins qu'à celle de leur appréciation. De même, les usagers et leurs proches fournissent un éclairage important et peuvent se prononcer sur certains aspects des soins reçus. Or, il n'existe aucun outil interdisciplinaire valide qui permette la mesure de la qualité des soins critiques, encore moins en tenant compte simultanément du point de vue des professionnels, des usagers et des proches.

Toutefois, pour mesurer la qualité des soins critiques, il faut initialement la définir (Donabedian, 1980, 1986), puis lui attribuer des dimensions et enfin des critères qui permettront de procéder à cette mesure. Cette thèse a pour objet de définir le construit de « qualité des soins critiques », d'élaborer et de valider des normes et des critères de qualité des soins offerts dans ce type d'unités selon une approche

interprofessionnelle, tout en tenant compte du point de vue de l'utilisateur et de ses proches pour les aspects sur lesquels ils sont en mesure de se prononcer.

Cette recherche fait état des étapes nécessaires à l'atteinte des objectifs poursuivis ; celle-ci est rapportée dans le présent document qui se divise en cinq chapitres distincts. Le premier expose la problématique et formule une définition inédite du construit de qualité des soins critiques, à partir de la recension des écrits. Le second chapitre met en place le contexte théorique et présente le modèle conceptuel de qualité des soins critiques élaboré de même que les dimensions qui en constituent l'essence. La méthode utilisée s'accolle aux deux premières étapes du cheminement pour le développement d'un instrument de Benson et Clark (1982). Elle est détaillée dans le troisième chapitre, de même que les principales étapes de la recherche. Les quatrième et cinquième chapitres présentent respectivement les résultats de l'étude et la discussion qui s'ensuit de même que les conclusions qui en découlent.

Chapitre 1
Problématique

Le premier chapitre expose le contexte dans lequel se situe le problème, la complexité de ce dernier et son importance, et propose une définition du construit de qualité des soins critiques issue de la réflexion de l'étudiante. Cette définition est ensuite éclatée pour en faire ressortir la pertinence dans le contexte de la recherche. Enfin, les buts de l'étude sont déterminés et deux questions de recherche sont proposées.

Énoncé du problème

Les soins et services de santé peuvent être dispensés dans plusieurs milieux et à divers groupes d'utilisateurs, et ce, de l'étape de la conception jusqu'aux derniers instants de la vie. Parmi ces environnements, les unités de soins critiques constituent une entité particulièrement complexe. Elles permettent de fournir des soins à des utilisateurs qui nécessitent une surveillance étroite ou une intensité de soins plus grande, qui sont instables au plan physiologique, présentent des risques d'atteinte à l'intégrité de leur vie et pour lesquels un minimum d'espoir est permis (Brilli et al., 2001; Fairman & Lynaugh, 1998). De plus, les soins critiques regroupent une équipe clinique composée de nombreux professionnels qui gravitent autour d'utilisateurs de tous âges et atteints de pathologies diverses, contribuant ainsi à complexifier davantage l'environnement de soins (Brilli et al., 2001; Jenkins, Alderdice, & McCall, 2005). Enfin, comme tous leurs collègues, les intervenants qui œuvrent dans les unités de soins critiques sont animés du désir de bien faire et de fournir des soins de qualité.

Cependant, afin de s'en assurer, il est nécessaire de mesurer et d'évaluer la qualité des soins dispensés (Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Pineault, 1993) et ce, pour de nombreux motifs. Des raisons professionnelles et éthiques comme l'obligation pour chaque intervenant d'examiner sa pratique et de la rendre conforme aux meilleurs standards et celle d'agir dans le meilleur intérêt de l'utilisateur (Grenier, 2002; Harrigan, 2000; Poirier-Coutansais, 1994) justifient la mise en place d'activités de

mesure et d'évaluation. De plus, des arguments tant économiques (Contandriopoulos et al., 1993; Grenier, 2002; Poirier-Coutansais, 1994) que de gestion (Harrigan, 2000), telle la nécessité d'offrir un maximum de services au meilleur coût possible, forcent l'examen des pratiques courantes et leur comparaison avec celles des plus performants.

La qualité des soins critiques devrait donc faire l'objet d'une appréciation régulière, plus encore peut-être que dans tout autre secteur, compte tenu des risques encourus par la clientèle, des coûts impartis, de l'obligation de gérer rigoureusement les ressources et, surtout, de l'impact des résultats des soins sur la santé et le bien-être des usagers. À cette fin, il est nécessaire de développer des mesures rigoureuses de la qualité des soins critiques qui vont au-delà des traditionnels indices de mortalité et de morbidité qui, certes, fournissent des informations intéressantes mais ne tiennent en rien compte de toute la complexité du phénomène (Berenholtz, Dorman, Ngo, & Pronovost, 2002) et manquent totalement de spécificité (Donabedian, 1987). De plus, Moreno et Matos (2001) affirment que l'efficacité des processus et le fait que les soins soient appropriés devraient également faire l'objet d'une évaluation. Enfin, les perspectives à la fois divergentes et complémentaires des divers acteurs du système devraient être considérées, incluant celles de l'utilisateur et de ses proches (Banks, Palmer, Berwick, & Plsek, 1995; Donabedian, 1988; Radwin & Alster, 1999).

Cependant, bien que l'information foisonne concernant les caractéristiques des soins de qualité, il n'existe aucun outil interdisciplinaire valide, fidèle et fiable sur lequel peuvent compter les gestionnaires et les professionnels de la santé afin de mesurer et d'apprécier la qualité des soins dispensés dans les unités de soins critiques (Brilli et al., 2001; Glance & Osler, 2005; Mudd, 1988). Plus encore, les dimensions de la qualité des soins critiques n'ont jamais été étudiées dans leur ensemble, encore moins selon une approche interprofessionnelle. Ainsi, l'absence de définition de ce qui constitue la qualité des soins critiques, d'une part, et le fait qu'il n'existe aucun cadre intégrateur qui arrime les caractéristiques principales de soins critiques de qualité, d'autre part, rendent difficile la création d'un tel outil puisque la définition des dimensions uniques de ce construit s'avère une prémisse essentielle à l'élaboration d'un instrument permettant sa mesure. Or, un tel outil est nécessaire pour permettre aux professionnels des unités de soins critiques de renforcer les points positifs de leur pratique et d'en corriger les écarts.

L'obligation de fournir des soins de qualité incombe tant aux établissements de santé qu'aux professionnels qui dispensent les soins et cette préoccupation est commune à l'ensemble des pays industrialisés. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2002) affirme que l'amélioration de la qualité des soins fournis à l'utilisateur et l'assurance que ceux-ci soient sécuritaires s'avèrent des objectifs importants pour les systèmes de santé des pays développés et en voie de développement. Plusieurs enquêtes, études et rapports confirment d'ailleurs les volontés des divers paliers de gouvernement en matière de qualité des soins.

Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux démontre clairement ses intentions en cette matière. En 2004, il dépose le « Projet clinique » dont l'un des objectifs principaux est d'améliorer la qualité des services :

Toutes les organisations sont imputables à l'égard de la qualité des services qu'elles dispensent... Pour évaluer la qualité des services, on aura par exemple recours à un processus d'amélioration continue de la qualité. On cherchera aussi à connaître l'appréciation de la qualité par la population, et aussi par les clientèles qui ont recours aux services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p. 7).

Il continue dans la même foulée lors de l'élaboration de sa planification stratégique 2005-2010, tout en visant l'optimisation des ressources qui soutiennent la dispensation des soins et services par les divers établissements de santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005b). De plus, le « Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec » (Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005) réitère la volonté gouvernementale de viser l'excellence dans les pratiques professionnelles en affirmant : « Tous les milieux de soins doivent adopter une démarche d'amélioration continue de la qualité. Ils doivent également prendre toutes les mesures nécessaires pour diminuer les risques d'événements indésirables et intensifier la surveillance des infections nosocomiales » (p. 16). Enfin, une directive récente du ministère de la Santé et des Services sociaux aux établissements de santé précise que tous les CSSS devaient obligatoirement s'inscrire dans une démarche d'accréditation auprès de l'un des deux organismes accréditeurs, le Conseil canadien d'agrément des services de santé ou le Conseil de la qualité en santé du Québec, et ce, au plus tard le 19 décembre 2005 (Ministère de la Santé et des Services

sociaux, 2005a), alors que le recours à un organisme accréditeur était jusque là laissé à la discrétion des établissements.

Le cadre législatif relatif aux soins et services de santé dispensés au Québec est fourni par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 2005c) qui établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières, et confirme l'imputabilité des établissements de santé en matière de soins et services. Quant à la pratique individuelle des professionnels de la santé, elle est également balisée de règles ayant pour but d'encadrer l'exercice et d'assurer tant la qualité de l'acte que la protection de l'utilisateur (Fluet, 2001). Des lois telles la Loi sur les infirmières et les infirmiers (Gouvernement du Québec, 2005b), le Code des professions (Gouvernement du Québec, 2005a) et les divers codes de déontologie en font foi.

De plus, le projet de loi 90 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Gouvernement du Québec, 2002a) proposent des mesures de surveillance de la qualité des activités médicales lorsqu'elles sont exercées en établissement par des professionnels autres que des médecins. Quant au projet de loi 113 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire des services (Gouvernement du Québec, 2002b), il a pour objet d'améliorer l'information transmise à l'utilisateur ayant été victime d'un accident lors de la prestation de services et d'instaurer un comité de gestion des risques et divers autres moyens visant à assurer à l'utilisateur des soins sécuritaires. Enfin, l'adoption, en novembre 2005, du projet de loi no 83 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 2005d) préconise de nombreuses mesures pour clarifier la responsabilité des divers intervenants et met en place des mécanismes visant à garantir la qualité des services, telle la création d'un comité de vigilance et de la qualité :

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le conseil d'administration doit créer un comité de vigilance de la qualité responsable principalement d'assurer, auprès du conseil, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (...) relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées (p. 40).

Cependant, malgré toutes les balises légales et professionnelles mises en place, des études tant américaines que françaises et canadiennes démontrent des taux d'accidents et d'incidents importants, allant des erreurs de médicaments aux infections nosocomiales, en passant par les taux de chutes et de plaies de pression. Ainsi, l'*Institute of Medicine* (IOM) (2000) révèle notamment qu'aux États-Unis, 98 000 personnes meurent chaque année d'erreurs médicales et que les coûts imputables aux seules erreurs de médicaments atteignent 2,8 \$ millions pour un hôpital universitaire de 700 lits. En France, la fréquence des événements indésirables graves liés aux soins varie de 10 % à 15,4 % et celle des événements indésirables évitables de 3,9 % à 6,2 %, avec des coûts entre 0,4 et 2,3 milliards d'euros par année (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 2004).

En 2002, l'Association canadienne des soins de santé déposait un document imposant des mesures à adopter sur-le-champ afin d'éviter les événements indésirables. Par la suite, une étude nationale sur la sécurité des usagers dans les hôpitaux canadiens estimait que 7,5 % des personnes avaient subi un événement fâcheux à la suite des soins reçus et que 37 % auraient pu être évités (Baker et al., 2004). Au Québec, enfin, le rapport du Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2005) dénombre entre 80 000 et 90 000 infections nosocomiales annuellement avec un taux de mortalité variant de 1 % à 10 % selon la nature de l'infection. Une réduction de 30 % de ces infections ferait épargner au Québec au-delà de 40 millions de dollars annuellement, sans compter les malaises et préjudices subis par les usagers.

Quant aux unités de soins critiques, elles comptent entre 2,7 % et 6,3 % du nombre total de lits des établissements hospitaliers (Wild & Narath, 2005) et s'accaparent environ 20 % du budget de ces derniers (Needham et al., 2005; Wong, Gomez, McGuire, & Kavanagh, 1999). Les personnes qui y séjournent sont de plus en plus nombreuses et de plus en plus malades et l'étude de Needham et al. (2005) prévoit une augmentation de 80 % du nombre d'usagers ventilés mécaniquement entre 2000 et 2026 suite au vieillissement des *baby boomers*. Les pneumonies nosocomiales surviennent chez 9 % à 70 % de cette catégorie d'usagers (Rumbak, 2005), accroissent la mortalité de 30 % (Rosenthal, Guzman, Migone, & Safdar, 2005) et contribuent à majorer la durée de séjour aux soins intensifs de 4,3 jours (Dodek, 2005). Par ailleurs,

compte tenu de leur état de santé précaire et de la fréquence élevée des interventions, les usagers des unités de soins critiques sont particulièrement exposés aux erreurs médicales et aux événements indésirables (Osmon et al., 2004; Rothschild et al., 2005). L'étude de Rothschild et al. (2005) effectuée entre 2002 et 2003 dans deux unités de soins critiques rapporte un taux d'incidents de 20,2 % dont 45 % étaient évitables et 13 % avaient eu des conséquences fatales ou potentiellement fatales. Cependant, le fait d'éviter à l'usager des événements indésirables, bien que hautement souhaitable, ne lui garantit en rien de recevoir des soins de qualité.

La gestion de la qualité des soins dans les unités de soins critiques nécessite des activités de mesure et d'évaluation qui permettent aux professionnels et aux gestionnaires d'examiner leurs activités et de réagir aux résultats obtenus et ce, afin de s'améliorer. Certains outils abordent la mesure de la qualité des soins critiques sous l'angle des soins infirmiers soit l'*Instrument global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers* (IGEQSI) (Grenier & Drapeau, 1989), le *ICU Monitor* (Plowright, 1995) et le *Clinical Nursing Situation Index (CNSI)* (Binnekade, de Mol, Kesecioglu, & de Haan, 2001). Au plan médical, les activités de mesure de la qualité des soins se concrétisent davantage à travers les divers comités d'examen de la qualité de l'acte et les études de mortalité morbidité réalisées par les départements et services médicaux des établissements de santé. Quelques médecins ont toutefois dépassé cette étape tels Raphaël et ses collègues (2003) qui ont réalisé des audits des services de réanimation en France à partir d'un outil qu'ils ont élaboré. Les mesures ne sont cependant pas objectives et sont basées sur des impressions puisqu'on demande au professionnel sa perception de la qualité des soins fournis dans l'unité. De leur côté, Pronovost et al. (2003) ont procédé à la validation de critères médicaux de qualité des soins critiques afin de développer un outil de mesure valide et fiable basé sur les guides de pratique clinique issus des données probantes.

Cependant, aucun de ces outils n'est développé selon une approche interprofessionnelle, caractéristique essentielle des soins dispensés dans les unités de soins critiques. Cette vision parcellaire ne permet pas de rendre compte de toutes les facettes du phénomène et fait également fi de l'opinion de l'usager et de ses proches. De plus, alors que certains outils sont longs et fastidieux à utiliser et ne suscitent pas

l'adhésion des professionnels à la démarche, d'autres sont désuets car les caractéristiques mesurées à la fin des années quatre-vingt ont évolué en même temps que la science médicale. Enfin, les outils de mesure de la qualité élaborés et mis en place par des équipes médicales ne comportent que des critères fondés sur des données physiques (Berenholtz et al., 2002), négligeant toutes les autres dimensions relatives à la qualité des soins.

Outre les problèmes inhérents à l'absence d'outils de mesure, les activités d'amélioration continue de la qualité éprouvent de nombreux ratés dans les établissements de santé québécois (Lozeau, 1996, 2002, 2004). Ces dernières sont à ce jour principalement associées aux visites d'organismes externes d'accréditation, évacuant de la démarche toute l'appropriation du processus par les professionnels impliqués et l'aspect de continuité nécessaire à son fonctionnement. Plus encore, les caractéristiques même des bureaucraties professionnelles que sont les hôpitaux, couplées à la remise en question du pouvoir de certains groupes d'acteurs, au manque de leadership des équipes de direction et à la lourdeur des processus font que les activités d'amélioration continue de la qualité sont pratiquement absentes et trouvent dans le milieu plus de détracteurs que d'adhérents (Lozeau, 1996, 2002, 2004).

Tous ces éléments forcent le constat que la mesure de la qualité dans les unités de soins critiques est soit absente, soit centrée sur le nombre d'événements négatifs tels les extubations accidentelles ou sur des indicateurs à caractère physique tels les taux de mortalité, de morbidité ou de réadmissions. Le fait de baser l'évaluation de la qualité des soins critiques sur les taux de mortalité et de morbidité déplace à l'échelle de l'unité de soins un indicateur préalablement établi pour mesurer le résultat des soins chez un seul usager, alors que la performance de l'unité en matière de qualité des soins est tributaire de nombreux autres facteurs (Apolone, 2000; Moreno, 2003; Moreno & Matos, 2001). De plus, non seulement plusieurs unités de soins critiques ne procèdent à aucune activité de mesure, celles qui le font ne tiennent pas compte des perspectives des divers professionnels et encore moins de celles de l'utilisateur et de ses proches. Il semble donc que, malgré l'importance accordée à la qualité des soins tant par les professionnels que par les instances décisionnelles, sa mesure soit alambiquée et fort difficile à réaliser, particulièrement en unité de soins critiques.

Une recension des écrits pertinents permet de mettre en lumière qu'il existe de nombreuses définitions de la qualité des soins, ce foisonnement traduisant l'aspect vague et multiforme de la notion de qualité (Haddad et al., 1997). La complexité et la variabilité de ces définitions concourent tant à maintenir la confusion chez les intervenants au regard de la qualité des soins qu'à cristalliser la difficulté vécue quant à sa mesure et à son évaluation (Blumenthal, 2004; Schröder, 1991).

La qualité des soins comporte aussi de nombreuses dimensions ou attributs qui constituent ses caractéristiques propres, c'est-à-dire des éléments que l'on considère comme traduisant son essence même. Ces dimensions varient selon les auteurs tout comme selon les perspectives des divers acteurs du système de santé (Brunelle, 1993; François & Rhéaume, 2001; Haddad et al., 1997), et des milieux de soins différents comportent des particularités uniques dont il faut nécessairement tenir compte. De plus, l'appréciation de la qualité dans les services de santé est complexe compte tenu également de l'asymétrie des connaissances et des points de vue entre les professionnels, les usagers et les gestionnaires (Normand, Douglas, & Castelnuovo, 2000).

En milieu de soins critiques, l'écart se creuse davantage quand on tente de formuler une définition de la qualité des soins, et ce, même entre les divers professionnels qui y œuvrent, car l'environnement est hautement technologique, les problèmes dont souffrent les usagers sont très diversifiés et les avancements cliniques nombreux, ce qui ne facilite en rien le consensus. Les résultats obtenus chez l'utilisateur sont tributaires tant de son état initial que des soins reçus, ce qui oblige à nuancer une telle approche. La volonté de recueillir les perceptions des usagers et de leurs proches en matière de qualité des soins reçus apporte également son lot de contraintes, car ils vivent une situation qui les rend particulièrement vulnérables, tant au plan physique que psychologique. Enfin, les gestionnaires voient croître les coûts, imputables tant aux facteurs humains qu'environnementaux, et leur compréhension des démarches cliniques est souvent limitée, celles-ci étant à la fois complexes et en constante évolution. Il n'est donc pas surprenant qu'aucune définition de la qualité spécifique aux unités de soins critiques n'ait été élaborée à ce jour et que les dimensions qui en révèlent l'essence n'aient toujours pas été abordées. De même, aucun modèle conceptuel ne fournit l'arrimage nécessaire à l'ensemble de ses éléments constitutifs.

La complexité des soins fournis dans les unités de soins critiques et l'importance des retombées de ceux-ci sur l'état de santé de l'usager et sur la stabilité émotionnelle de ses proches ancrent davantage la nécessité de mesurer et d'évaluer leur qualité afin de pouvoir contribuer ensuite à leur amélioration. En effet, l'usager est souvent dans un état précaire qui menace sa vie et les proches sont soumis à des tensions importantes dont la crainte de perdre un être cher. Il importe cependant de définir au préalable la qualité des soins en unité de soins critiques, afin de s'accorder à la pensée de Donabedian (1980) qui affirme qu'il y a plusieurs définitions de la qualité des soins ou du moins plusieurs variantes de celle-ci et que chacune d'elles est appropriée lorsqu'elle s'accorde à son contexte propre. Ainsi, basée sur une recension des écrits présentée dans le second chapitre, une définition de la qualité des soins critiques est proposée, à savoir : *fournir au moment opportun, à une personne dont l'intégrité de la vie est menacée et à ses proches, des soins compétents aux plans technique, relationnel et éthique, dans un environnement optimal, avec les meilleurs résultats possibles en matière d'amélioration de l'état de santé ou de confort et au regard de la satisfaction de l'usager et de ses proches, et de l'efficacité du système de soins.*

À partir de cette définition, les dimensions du construit de qualité des soins critiques de même qu'un modèle intégrateur interdisciplinaire qui le représente sont élaborés et servent de cadre de référence à la présente étude. L'absence de démarche similaire accolée au contexte des soins critiques rend cependant l'exercice à la fois complexe et périlleux. Toutefois, il s'agit d'une ébauche initiale qui ne pourra qu'être bonifiée avec l'apport des divers acteurs du système.

Le modèle élaboré repose donc sur une adaptation du concept de services santé et services sociaux de Côté et McNeil (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995) dont il reprend les notions de secteurs professionnel, relationnel et organisationnel pour regrouper les dimensions de la qualité des soins retenues. Il s'appuie aussi sur l'essence et la représentation du modèle conceptuel de mesures de résultats de Johnson, Maas et Moorhead (2000), tout en y apportant les modifications nécessaires. Le cadre proposé intègre également les éléments de structure-processus-résultats de Donabedian (1980) et tient compte des quatre

éléments du métaparadigme infirmier, soit la personne, la santé, le soin et l'environnement (Fawcett, 2000). Les modèles de référence de même que le modèle intégrateur interdisciplinaire de la qualité des soins critiques sont exposés au chapitre suivant.

La définition retenue met en évidence l'obligation de déterminer les dimensions de la qualité des soins critiques et de les arrimer aux différentes parties qui la constituent. Tout d'abord, la notion de *moment opportun* est un argument prépondérant en matière de soins critiques où la promptitude à effectuer une intervention devient souvent l'élément décisif qui influence le résultat des soins (Berenholtz et al., 2002; Higgins, 2004). Les dimensions de la qualité qui correspondent à cette partie de la définition doivent permettre d'explorer cet aspect et de discerner les actions qui y sont reliées.

Le groupe d'utilisateurs auquel s'adressent les soins est par la suite clairement introduit dans la définition, à savoir *une personne dont l'intégrité de la vie est menacée et à ses proches*. En effet, l'entité que forment l'utilisateur et ses proches est indissociable et soumise à des perturbations majeures (Williams, 1998a). De nombreuses études explorent l'expérience des uns et des autres lors d'un séjour aux soins critiques et soutiennent l'importance de tenir compte de leur vécu en matière de qualité des soins offerts (Engstrom & Soderberg, 2004; Gavaghan & Carroll, 2002; Henneman & Cardin, 2002; Kosco & Warren, 2000; Leske, 1986; Mendonca & Warren, 1998; Molter, 1979; Robb, 1998a, 1998b). Les termes repris en fin de définition, soit *l'utilisateur et ses proches*, sont utilisés dans le même sens.

Fournir des soins compétents aux plans technique, relationnel et éthique souligne la nécessité de considérer des facteurs qui dépendent des dispensateurs de soins et qui influencent la qualité des soins fournis. L'aspect technique des soins est un élément central dans les unités de soins critiques où le nombre considérable et la complexité des gestes posés ont des conséquences majeures sur la vie de l'utilisateur. L'importance de l'aspect relationnel est mise en lumière par les situations quasi constantes de crise vécues par l'utilisateur et ses proches qui nécessitent un soutien assidu, une relation honnête et franche, et la réponse à des besoins autres que physiques (Hurlock-Chorostecki, 1999; Rubinfeld, 2002). Quant à l'aspect éthique, il est interpellé au quotidien dans les unités

de soins critiques. Le respect de l'usager, par exemple, tant dans la manière de dispenser les soins physiques et psychologiques que dans le soutien apporté lors de décisions cliniques, est l'un des éléments dont il faut tenir compte à ce chapitre.

De plus, le fait que les soins se déroulent dans un *environnement optimal* est également un facteur important en matière de soins critiques. Bien qu'au plan technologique le matériel se doive d'être à la fine pointe, l'aspect environnemental des soins critiques le déborde largement et s'attarde à bon nombre de caractéristiques de l'unité de soins telles la lumière, le bruit, les odeurs, le flot incessant d'activités, et même sa propreté (Dodek, 2005; Shattell, Hogan, & Thomas, 2005; Urden, Stacy, & Lough, 2006).

Par ailleurs, le but ultime des soins est d'obtenir *les meilleurs résultats possibles en matière d'amélioration de l'état de santé ou de confort et au regard de la satisfaction*, et, particulièrement dans les soins critiques, les résultats servent de guide et les processus sont mis en place au fur et à mesure des effets des traitements sur la condition clinique de l'usager (Berenholtz et al., 2002). Ces éléments devront se refléter dans les dimensions proposées. Enfin, l'*efficience du système de soins* fait état des coûts inhérents aux améliorations de l'état de l'usager et demeure un aspect incontournable lorsqu'on utilise des fonds publics. De plus, cet aspect tient compte des dépenses importantes générées par les unités de soins critiques qui s'accaparent une large part du budget des établissements de santé (Needham et al., 2005; Wong et al., 1999).

Par la suite, la mesure de la qualité des soins critiques nécessite que les dimensions retenues soient rendues opérationnelles puis validées auprès des divers interlocuteurs mis en cause, soit les professionnels, les gestionnaires, les usagers et leurs proches. Le modèle développé par Benson et Clark (1982) servira de cadre de référence à la démarche. Ces auteurs ont identifié une suite d'étapes à réaliser afin d'arriver à développer un outil de mesure valide et fiable, et les activités proposées peuvent servir à baliser la construction d'outils de mesure dans plusieurs domaines. Toutefois, dans le cadre de la présente étude, seules les étapes de planification et de construction seront réalisées.

À cette fin, un référentiel sera élaboré afin de rendre compte du contenu de chacune des dimensions du construit de qualité des soins critiques à mesurer puis, ce

dernier sera validé selon une approche déductive. Des versions différentes de ce référentiel seront présentées à des professionnels (incluant des gestionnaires), des usagers et des proches, afin d'adapter les questions au niveau de compréhension de chacun des groupes. À cette fin, l'approche par informateurs clés (Pineault & Daveluy, 1995) permettra de rejoindre des experts du milieu afin de procéder à la validation de contenu des critères retenus pour déterminer la représentativité et la pertinence des éléments choisis (Lynn, 1986). Les informateurs clés professionnels seront rejoints selon la technique Delphi modifiée (Delbecq, Van de Ven, & Gustafson, 1975; Pineault & Daveluy, 1995) et recevront le nombre d'envois nécessaires à l'obtention d'un consensus de 80 % (Lynn, 1986). Quant aux usagers et aux proches, leurs points de vue seront recueillis lors d'une ou plusieurs rencontres avec une assistante de recherche préalablement formée par l'étudiante. Un questionnaire structuré leur sera alors proposé et le consensus de 80 % sera également visé pour chaque groupe.

Buts de l'étude

Les buts de cette recherche sont de définir le construit « qualité des soins dispensés en unité de soins critiques », d'élaborer et de valider des critères de qualité des soins offerts dans ce type d'unités selon une approche interprofessionnelle, tout en prenant en compte le point de vue de l'utilisateur et de ses proches pour les aspects sur lesquels ils sont en mesure de se prononcer.

Questions de recherche

1. Quelles sont, selon les écrits pertinents, les dimensions qui permettent de rendre opérationnel le construit « qualité des soins dispensés en unité de soins critiques »?
2. Quels sont, selon les écrits pertinents, les professionnels, les gestionnaires, les usagers et leurs proches, les critères de qualité des soins dispensés en unité de soins critiques et reconnus suffisamment clairs, pertinents et importants pour rendre opérationnelle la mesure de la qualité des soins dispensés dans ces unités?

Chapitre 2

Recension des écrits

Le second chapitre porte sur la recension des écrits nécessaires à la définition du construit de qualité des soins critiques et à la mise en place d'assises permettant l'élaboration d'un modèle intégrateur de ce construit. Dans un premier temps, un historique succinct du concept de qualité et sa mise en parallèle avec celui de qualité des soins permettent de situer l'évolution de ces derniers et d'identifier leur origine. Dans un second temps, des définitions des concepts de qualité et de qualité des soins sont exposées, suivies des cadres de référence qui en réunissent les principaux éléments constitutifs, tant au plan général que sous l'angle des soins infirmiers.

Par la suite, les dimensions du concept de qualité des soins et la vision qu'en ont les différents acteurs du système sont rapportées. Les éléments relatifs au contexte des soins critiques, de même qu'à la mesure et à l'évaluation de la qualité dans ce milieu particulier, font l'objet des propos suivants. Dégagées de la revue des écrits et s'accolant à la définition proposée, les dimensions du construit de qualité des soins critiques sont exposées et le cadre conceptuel intégrateur du construit de qualité des soins critiques est ensuite expliqué, tout comme les dimensions qui en constituent l'essence. Enfin, des considérants relatifs à la mesure et à l'évaluation terminent ce chapitre.

Historique du concept de qualité

Les préoccupations des peuples pour la qualité des produits et services trouvent leur origine dans les temps ancestraux (Dooley, 2000) et la plus ancienne représentation connue d'une rétroaction sur la qualité est *Le tombeau de Rekh-Mi-Re à Thèbes* qui date d'environ 1450 ans av. J.-C. (Charbonneau, 1995). Un peu plus tard, les commerçants phéniciens faisaient couper la main de ceux qui fabriquaient des produits qui ne correspondaient pas à la qualité attendue (Kolb, 2002), introduisant ainsi les notions

d'inspection et de conformité à une norme établie. Les artisans fournissaient alors des produits d'une certaine qualité et leur réputation était en jeu, car il appartenait aux consommateurs de l'évaluer (Dooley, 2000).

Toutefois, c'est avec l'arrivée de l'ère industrielle et de la production de masse, au XX^e siècle, que la notion de qualité a connu sa véritable expansion (Caby, Louise, & Rolland, 2002). La gestion de la qualité est née aux États-Unis, pour se développer ensuite au Japon et gagner finalement le monde entier (Gogue, 1997). Les artisans étaient maintenant regroupés dans les usines et les contremaîtres étaient responsables d'inspecter tous les produits avant de les livrer aux clients (Kélada, 2000), introduisant ainsi la notion de contrôle de la qualité du produit. À cette époque, l'industrie cherchait des moyens d'augmenter sa productivité et subissait l'influence des travaux de F. W. Taylor, qui prétendait y arriver en décomposant chaque tâche et en standardisant chaque étape du processus de production (Gogue, 1997). Le contrôle de la qualité passa alors des mains des contremaîtres à celles d'inspecteurs qui n'étaient en rien impliqués dans la production (Dooley, 2000).

W. A. Shewart, un responsable des *Bell Laboratories*, fut par la suite mandaté afin d'y organiser un service d'assurance qualité. Il travailla de paire avec un étudiant en physique, W. E. Deming et un technicien du service d'assurance qualité de l'usine Hawthorne, J. Juran (Gogue, 1997). Il examina les processus et, avec les méthodes qu'il proposait, il fut possible de prédire les caractéristiques des produits fabriqués à travers ceux-ci, passant ainsi de l'inspection des produits à la gestion des processus dont ils sont issus (Kolb, 2002). Shewart adopta également des chartes de contrôle et divers moyens requérant l'utilisation de méthodes statistiques qui firent que le contrôle de la qualité dépassait maintenant le niveau de conformité à des normes (Puran, 2003). La qualité était maintenant devenue l'affaire du producteur et aucune place n'était laissée au consommateur (Caby et al., 2002; Puran, 2003).

Après la Seconde Guerre mondiale, le principal problème de plusieurs pays était de produire beaucoup et à peu de frais (Kolb, 2002). De son côté, l'industrie japonaise avait fortement souffert des conséquences de la guerre et devait se rebâtir (Dooley, 2000). Elle ne disposait toutefois que de peu de ressources et commença à s'intéresser à la qualité de ses produits (Dooley, 2000). Deming, Juran et un nouveau venu, A.

Feigenbaum, surnommés les « pères de la qualité », se rendirent successivement au Japon afin d'y prononcer des conférences sur le contrôle de la qualité (Kolb, 2002). De manière globale, ces trois gourous de la qualité ont développé les concepts de quantification du coût de la qualité, de gestion totale de la qualité, d'amélioration continue de la qualité et de « zéro défaut » (Puran, 2003). Les gestionnaires de l'époque réalisèrent alors qu'il était beaucoup plus rentable pour l'entreprise d'éviter les erreurs que de réparer les produits défectueux (Garvin, 1987). Il s'agissait maintenant de rencontrer et même de dépasser les attentes du client (Jun, Peterson, & Zsidisin, 1998). Par la suite, alors qu'aucune entreprise au monde n'avait donné aux employés l'occasion de participer à sa gestion, Kaoru Ishikawa proposa que l'ultime étape de la maîtrise de la qualité dans les entreprises passe par la formation des ouvriers (Gogue, 1997). De là naissaient les cercles de contrôle de la qualité où des ouvriers volontaires examinaient les méthodes avec lesquelles la qualité était contrôlée (Gogue, 1997).

Dans les années 60, de nombreux facteurs forcèrent le passage du paradigme de contrôle de la qualité à celui de la gestion totale de la qualité (Puran, 2003). Les industries américaines étaient confrontées à la compétition des industries japonaises qui offraient maintenant aux consommateurs une sélection de produits de qualité à prix concurrentiels (Anderson, 1993). Pour arriver à réaliser la qualité totale, les entreprises se rendirent compte qu'elles devaient modifier leur style de gestion et adhérer à la gestion totale de la qualité qui comprend à la fois une dimension humaine, une dimension logique, rationnelle et systémique, et une dimension technologique (Kélada, 2000). La notion de gestion totale de la qualité définit cette dernière comme le fruit d'un effort conjoint du travail des employés et des gestionnaires, dont le résultat final est jugé en bout de ligne par le client (Puran, 2003). Le paradigme de gestion totale de la qualité est en évolution et les théories et modèles qui y réfèrent deviennent de plus en plus spécifiques à des domaines particuliers, tout comme les méthodes et approches qui s'y rapportent (Dooley, 2000). Depuis, le mouvement pour la qualité persiste et s'est par ailleurs étendu à de nombreux services publics tels l'éducation et la santé (Kolb, 2002).

Dans le secteur hospitalier, c'est Florence Nightingale qui, en 1858, introduisit les premiers principes liés à l'appréciation de la qualité en soutenant l'importance de la formation des infirmières et en étudiant le nombre de décès dans les hôpitaux pendant la

guerre de Crimée (Kahn, 1987). L'instauration de mesures d'hygiène et d'asepsie rudimentaires fit alors diminuer de 40 % à 4 % le taux de mortalité hospitalière (Kahn, 1987). Au plan médical, l'évaluation des collèges d'enseignement médical tant canadiens qu'américains faite par le Dr A. Flexner en 1910 permit le constat d'une absence généralisée de normes en matière d'enseignement médical (Kahn, 1987).

En 1912, le Dr E. Codman développa aux États-Unis une méthode permettant la classification et la mesure des résultats dans les hôpitaux et, en 1913, le Collège américain des chirurgiens entreprit le développement de normes pour les hôpitaux (Kahn, 1987). Par la suite, de nombreuses associations furent fondées, tant au Canada qu'aux États-Unis afin de promouvoir et de garantir la qualité des soins et services. Les groupes de professionnels tant médicaux que paramédicaux ont alors édicté des normes et mis en place des examens de qualification et des visites de surveillance de la qualité de l'exercice de leurs membres.

Une fois dressé ce bref historique de la qualité, tant dans le secteur industriel que dans celui des soins de santé, il importe maintenant de s'attarder aux définitions des concepts de qualité et de qualité des soins.

Définitions des concepts de qualité et de qualité des soins

La consultation du *Grand dictionnaire terminologique* (Office québécois de la langue française, 2006) permet de répertorier 65 définitions du terme qualité dont la majorité sont associées à des domaines particuliers. *Le petit Larousse illustré 2005* (Merlet, Garnier, Vinciguerra, & Larousse (firme), 2004) fournit quant à lui six définitions plus générales du terme qualité, soit :

- a) manière d'être, bonne ou mauvaise, de quelque chose ; b) supériorité, excellence en quelque chose; c) ce qui fait le mérite, la valeur de quelqu'un sur le plan moral, intellectuel, etc.; vertu, aptitude; d) condition sociale, juridique, civile, etc.; e) comme, à titre de; f) de naissance noble (p. 884).

Outre les dictionnaires, certains auteurs ont tenté de définir la qualité en soi, avant de la relier à une discipline particulière. Peu importe l'époque ou le contexte dans lequel la qualité est examinée, ce concept comporte de multiples définitions qui sont parfois confuses et celles-ci ont été utilisées pour décrire une variété de phénomènes

(Reeves & Bednar, 1995). Les définitions générales de la qualité se polarisent toutefois autour de cinq grands axes qui ont suivi l'évolution de son concept. Socrate, Platon et Aristote parlaient d'*arete* ou d'*excellence* lorsqu'ils désignaient le meilleur ou la tentative d'atteindre l'idéal le plus élevé (Puran, 2003; Reeves & Bednar, 1994). Au début des années 1800, les fabricants fournissaient des produits moins chers et de qualité inférieure afin de répondre au marché populaire et la qualité commença à être évaluée en fonction du prix (Reeves & Bednar, 1994). La notion de *valeur* fut désormais associée à celle de qualité en fonction du meilleur coût possible (Reeves & Bednar, 1994).

À l'ère du contrôle de la qualité du produit, soit à partir des années 1930, la qualité devint synonyme de *conformité à des spécifications*, car la production de masse exigeait que les unités produites soient interchangeables et donc identiques (Garvin, 1987; Puran, 2003; Reeves & Bednar, 1994). Enfin, la période de gestion totale de la qualité modifia la définition de la qualité. Celle-ci devint alors associée au fait que le produit *rencontre ou dépasse les attentes du client* et soit *conforme à l'usage pour lequel il avait été conçu* (Puran, 2003; Reeves & Bednar, 1994).

De nombreuses définitions de la qualité des soins dérivent de celles que fournit l'industrie mais, bien que la qualité des soins ait en commun avec la qualité industrielle la démarche et les objectifs pris de manière globale, elle s'en distingue toutefois par trois aspects principaux, l'objet sur lequel elle porte, soit la maladie, l'aspect interactif de la relation de soins et le cadre professionnel qui la balise (Setbon, 2000). Cependant, les concepts de « qualité » et de « qualité des soins » sont si diversifiés qu'un seul construit (Anand, 1997; Donabedian, 1980) ni aucune mesure empirique unique (Donabedian, 1980) ne peuvent les cerner complètement.

La qualité des soins est donc abordée comme un concept complexe (Attree, 1993; Gunther, 2001; Gunther & Alligood, 2002; Povar, 1991; Schrøder, 1991) et cette complexité s'apparente à celle de la qualité des services, car elle en comprend les traits distinctifs, soit l'intangibilité, l'hétérogénéité et la concomitance de la production et de la consommation (Gunther & Alligood, 2002; Haddad et al., 1997; Jun et al., 1998; Sower et al., 2001). La qualité des soins est également un concept multiforme (Brunelle, 1993; Haddad et al., 1997; Taylor & Haussmann, 1988), multidimensionnel (Attree, 1993; Brunelle, 1993; Formarier et al., 1994; Frost, 1992; Haddad et al., 1997; Schmadl,

1979; Sower et al., 2001), et évolutif dans le temps (Brunelle, 1993; Formarier et al., 1994; Haddad et al., 1997). Toutes ces caractéristiques rendent ce concept beaucoup plus abstrait et insaisissable qu'un produit défini (Sower et al., 2001).

Il se dégage cependant quatre axes centraux autour desquels peuvent être regroupées les définitions de la qualité des soins, soit les tendances descriptive, normative, évaluative et téléologique.

Tendance descriptive

Certaines définitions portent davantage sur un volet descriptif en affirmant que la qualité des soins consiste à faire la bonne chose, au bon moment, de la bonne manière et à la bonne personne (Blumenthal, 1996b; Simpson, Osborne, & Eisenberg, 1999) tout en obtenant les meilleurs résultats possibles (Meyer & Massagli, 2001). La définition du *Right Care, Right Now* de la *Society of Critical Care Medicine* (2005) s'accorde à cette tendance puisqu'elle stipule que le bon soin est fourni au meilleur moment afin d'assurer des résultats optimaux chez l'utilisateur. Quant à Campbell, Roland et Buetow (2000), ils définissent la qualité des soins comme la capacité pour l'utilisateur d'accéder à des structures et à des processus de soins requis par son état et qui produisent un résultat efficace.

La qualité des soins est également définie comme une aptitude à satisfaire la personne, en conformité avec des objectifs d'excellence, au regard de structures, de procédures et de moyens mis en œuvre, en tenant compte de l'engagement individuel des soignants (Léone, 1996). Donabedian (1980) précise même que des soins de qualité sont ceux dont on s'attend qu'ils maximisent le bien-être de l'utilisateur, une fois pris en compte l'équilibre des gains et des pertes relatif à l'ensemble du processus de soins. Ces définitions s'arrêtent toutefois à une description vague et générale de la qualité des soins, dont les éléments doivent être précisés selon le milieu où elles s'appliquent.

Tendance normative

Le concept de qualité des soins peut aussi être envisagé comme la mesure selon laquelle les services de santé respectent les buts visés et les critères de la norme admise en ce qui a trait aux bons soins et services de santé (Association des hôpitaux du Québec

(AHQ), 1995; Haddad et al., 1997; Harrigan, 2000), introduisant ainsi la notion de conformité à des normes ou à des standards de pratique valides et reconnus. Cette notion de conformité à des normes est reprise par les professions de la santé, car elles sont régies au plan déontologique par des obligations de moyens plutôt que de résultats. En effet, bien que les soins fournis influencent les résultats obtenus, ces derniers ne sont pas constants, compte tenu de la nature du service offert et des variables reliées aux aspects individuels et humains qu'ils comportent, tant au plan physique que psychologique et relationnel.

Tendance évaluative

« Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision. Ce jugement peut résulter de l'application de critères et de normes ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique » (Contandriopoulos et al., 1993, p. 12). La qualité peut donc être vue comme une caractéristique ou une partie spécifique des soins sur laquelle on porte un jugement et qui est présente en plus ou moins grande proportion (Donabedian, 1980, 1991; Pronovost, Nolan, Zeger, Miller, & Rubin, 2004). Cependant, la notion de jugement est en elle-même teintée de subjectivité et place en perspective tant la personne qui juge que le contexte et la situation à juger.

Il faut par ailleurs juger au regard de normes qui doivent, au départ, faire l'objet de consensus. Il importe également de tenir compte de l'écart entre ce qui peut et doit être réalisé et ce qui l'est dans les faits, tout en gardant en perspective ce qu'il est possible d'atteindre (Brunelle, 1993). Cette idée de jugement est également présente chez Gunther (2001) pour qui la qualité des soins infirmiers est un jugement expérientiel qui émerge de l'interaction entre l'infirmière et l'utilisateur, et qui reflète les valeurs uniques et partagées des participants. Enfin, la qualité est également définie comme un degré d'excellence (Schmadl, 1979) qui peut être évalué sur un continuum; il est alors possible de s'assurer de sa présence en plus ou moins grande quantité (Kahn, 1987; Schmadl, 1979).

À partir de cette idée de jugement, Donabedian (1980) aborde trois types de définitions qu'il qualifie d'*absolutiste*, d'*individualisée* et de *sociale*. La définition

absolutiste soutient que la qualité des soins médicaux est définie comme le management dont on s'attend qu'il réalise le meilleur équilibre entre les risques et les bénéfices pour la santé. Cette définition est dite absolutiste, car c'est celle qui a le moins de conditions qui y sont rattachées. Par ailleurs, lorsque le jugement sur la qualité tient compte des désirs des usagers, de leurs attentes, de leurs valeurs et de leurs moyens, il faut parler de définition *individualisée*, car les usagers sont très différents à plusieurs égards. Enfin, l'auteur termine par une définition *sociale* dont les facteurs sont les mêmes que ceux de la définition individualisée, mais en nombre plus important. De nouveaux critères sont également ajoutés tels des bénéfices nets pour une population entière et la répartition sociale de ces bénéfices à l'intérieur de la population.

Tendance téléologique

La qualité des soins peut finalement être définie sous l'angle des résultats, que ceux-ci soient positifs ou négatifs. En matière de résultats négatifs, les conséquences indésirables comprennent entre autres les erreurs de médicaments, les plaies de pressions, les infections nosocomiales, les chutes, les plaintes et les taux de mortalité et morbidité (Reed, Blegen, & Goode, 1998). Des soins de qualité se traduisent alors par l'absence ou par un nombre minimal de conséquences fâcheuses ou préjudiciables à l'utilisateur. Quant à l'approche selon les résultats souhaités, elle est généralement formulée en termes d'amélioration de l'état de santé (Brunelle, 1993; Donabedian, 1980; Grenier, 1998) ou de bien-être (Schmele & Donabedian, 1996) ou encore en fonction de la satisfaction de l'utilisateur (Donabedian, 1980, 1991; Grenier, 1998; Morin, 1999; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1999; Vuori, 1987).

La satisfaction est une mesure d'attitude, de croyance et de vécu liée à la perception qu'ont les usagers de la pertinence, de l'expérience et de l'effet des services de santé qu'ils ont reçus (Cleary & McNeil, 1988; Morin, 1999). Cette conception s'élabore en fonction des attentes initiales des usagers en ce qui a trait à la congruence (Doering, 1983; Megivern, Halm, & Jones, 1992; Orgogozo, 1997) ou aux écarts entre celles-ci et les services reçus (Grenier, 1998). Steffen (1988) ajoute que des soins médicaux de qualité sont ceux qui permettent d'atteindre les buts fixés tant par l'utilisateur que par le médecin. Enfin, Palmer (1991) définit la qualité des soins comme la production d'une

amélioration de la santé et de la satisfaction de la population à l'intérieur des contraintes existantes en matière de technologie, de ressources et de circonstances de consommation.

De nombreuses définitions combinent toutefois plus d'une tendance, comme celle de la qualité des soins fournie par l'Institut de médecine (IOM) américain. De tendances à la fois normative et téléologique, cette définition stipule que « la qualité des soins correspond au degré selon lequel les services de santé offerts aux individus et aux populations augmentent la probabilité de résultats désirés de soins et sont en concordance avec des connaissances professionnelles à jour » [traduction de l'auteure] (Lohr, 1990, p. 21). Cette définition porte l'accent sur le fait que l'atteinte des résultats désirés chez l'utilisateur ne repose pas uniquement sur les soins reçus et souligne la responsabilité des professionnels d'accorder leur pratique aux données probantes les plus à jour (Palmer, 1997).

Pour Campbell et al. (2000), la qualité des soins correspond à l'accessibilité des personnes à des structures et à des processus de soins dont elles ont besoin et au fait que les soins reçus soient efficaces. Quant à Brown (1992), elle propose que des soins infirmiers de qualité soient ceux dont l'utilisateur retire un bénéfice et pour lesquels il ne subit aucun préjudice, les définitions de Campbell et al. (2000) et de Brown (1992) combinant toutes deux les aspects descriptif et téléologique de la classification proposée.

À la lumière des lignes précédentes, l'aspect subjectif de l'évaluation de la qualité est sans conteste. De plus, comme elles sont très générales, les définitions énoncées sont peu spécifiques et difficiles à opérationnaliser. Par ailleurs, la perspective utilisée s'accorde généralement à la vision des professionnels et il apparaît que les définitions proposées ne sont pas non plus l'apanage d'une seule discipline ni d'un seul milieu de soins. Elles peuvent servir de base à toutes les professions qui œuvrent dans les soins et services de santé lorsqu'elles tentent de définir la qualité des soins qu'elles dispensent. Quand on ajoute le point de vue de l'utilisateur et de ses proches, d'autres aspects doivent être pris en compte, comme en témoigne la définition *individualisée* de Donabedian (1980) et, même à cet égard, une seule définition ne peut convenir à l'ensemble des usagers.

De plus, aucune définition de la qualité des soins ne peut par elle-même transmettre toute la magnitude de ce concept et celles-ci doivent être vues davantage de manière complémentaire que de façon mutuellement exclusive. Il semble donc que le fait d'avoir plusieurs définitions soit légitime et tributaire du contexte dans lequel elles sont utilisées, comme le conclut d'ailleurs Donabedian (1980) : « L'analyse que j'ai réalisée me conduit à la conclusion qu'il y a plusieurs définitions différentes de la qualité ou plusieurs variantes d'une même définition et que chacune d'entre elles est légitime dans le contexte qui lui est approprié » [traduction de l'auteure] (p. 27). Ainsi, il est maintenant clair que la production d'une définition de la qualité des soins qui s'accroche au milieu pour lequel elle est rédigée est une prémisse à l'élaboration de critères qui permettront de procéder à sa mesure.

De leur côté, Haddad et al. (1997) proposent de s'adresser davantage à cette complexité du concept de qualité plutôt que de tenter de la réduire en amputant l'un ou l'autre de ses aspects constitutifs. Ils regroupent autour de quatre pôles les champs particuliers qui caractérisent la qualité, soit les champs épistémologique (représentations), téléologique (finalités), ontologique (acteurs) et méthodologique (instrumentation). La qualité est alors le fruit d'une association complexe et « un système dynamique qui interagit dans le temps et dans l'espace avec des environnements qui participent à sa construction et dont les transformations l'amènent à de perpétuelles recompositions » (Haddad et al., 1997, p. 66).

Principaux cadres de référence relatifs à la qualité des soins

De nombreux auteurs ont tenté d'élaborer des modèles afin d'articuler leur conception de la qualité des soins et les cadres de référence diffèrent également compte tenu de la variété des points de vue (Clarke & Rao, 2004). La section suivante fait état de la vision de Donabedian (1980), de Johnson, Mass et Moorhead (2000) et de celle de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1995).

Cadre conceptuel de Donabedian

En matière de cadres conceptuels qui contribuent à mettre en place les éléments relatifs à la qualité des soins, celui de Donabedian (1980, 1988), bien qu'ayant à

l'origine été développé pour le domaine médical, sert de toile de fond à de nombreuses démarches de mesure et d'évaluation de la qualité des soins et des services de santé, moyennant les adaptations pertinentes en matière de variables à l'étude, compte tenu des besoins des professionnels ou des gestionnaires à qui s'adressent les résultats. Au moyen d'une approche systémique tripartite, $S \rightarrow P \rightarrow R$, il propose de mesurer et d'évaluer la qualité sous trois angles principaux, souvent nommés domaines de la qualité. Tout d'abord la *structure*, qui regroupe les aspects physiques et organisationnels en matière d'outils et de ressources, puis les *processus*, constitués de toutes les activités qui se déroulent entre l'utilisateur et les dispensateurs de soins ou les services de soutien de l'établissement et, finalement, en fonction des *résultats* chez l'utilisateur, faisant référence à l'amélioration de l'état de santé de ce dernier et à sa satisfaction.

Cette approche de l'évaluation de la qualité est rendue possible parce que la présence d'une structure adéquate augmente la possibilité que surviennent de bons processus et, par conséquent, que de bons résultats en découlent (Donabedian, 1988). Toutefois, une relation doit être préalablement établie entre la structure, les processus et les résultats (Brunelle, 1993; Donabedian, 1980, 1988; Pineault & Daveluy, 1995). Donabedian (1980) aborde cet aspect sous l'angle de la *validité causale* du modèle qu'il définit comme étant « la capacité d'un processus spécifique de produire des résultats spécifiques à l'intérieur de conditions particulières » [traduction de l'auteure] (p. 103). Quant à la *validité d'attribution*, elle fait référence à l'exercice inverse, à savoir qu'on tente d'attribuer des résultats en matière de santé à une structure présente et à un processus qui s'y est déroulé (Donabedian, 1980).

La relation linéaire de l'approche de Donabedian présentée ci-haut ne reflète cependant pas la réalité beaucoup plus complexe des interrelations entre la structure, les processus et les résultats et le fait que chacun des trois domaines de la qualité influence les autres (Donabedian, 1980). Il est même parfois difficile de déterminer où se termine la structure et où commence le processus, où finit le processus et où s'amorcent les résultats (Donabedian, 2003). Il appert donc que la relation linéaire $S \rightarrow P \rightarrow R$ sera dorénavant représentée par les flèches bidirectionnelles $S \rightleftarrows P \rightleftarrows R$ afin d'illustrer les influences à rebours et le fait que le résultat d'un processus, par exemple, entraîne le

déclenchement d'un second processus qui produira également un résultat, prenant ainsi en considération les résultats intermédiaires des soins.

Les activités de mesure et d'évaluation de la qualité des soins doivent donc tenir compte des éléments tant de structure que de processus et de résultats, et cette obligatoire complémentarité découle de leur influence mutuelle et du fait qu'aucune des approches ne peut rendre compte à elle seule de tous les facteurs qui concourent à fournir des soins de qualité (Donabedian, 1987). Cette manière d'aborder la situation permet que les forces d'un angle d'analyse suppléent aux faiblesses d'un autre, facilitant ainsi l'interprétation des résultats obtenus (Donabedian, 1988).

Au plan de la structure et bien que celle-ci ne soit qu'un moyen pour que les processus puissent se dérouler et produire des résultats, il appert qu'elle en est l'un des déterminants majeurs car elle permet que les activités de soins puissent avoir lieu. Cependant, des variations dans les caractéristiques du système, à moins qu'elles ne soient importantes, conduisent seulement à des jugements présomptifs sur la qualité des soins. Toutefois, ces caractéristiques sont stables, faciles à observer et à documenter (Donabedian, 1980, 2003).

Quant à la mesure des processus, elle peut fournir des éléments valides à condition qu'un lien ait été établi d'avance entre le processus et les résultats. Cette relation doit avoir été vérifiée par des recherches antérieures et basée sur les données probantes les plus récentes (Donabedian, 2003). Cet aspect comporte néanmoins des difficultés, car les pratiques sont parfois historiques et recèlent des faiblesses au plan scientifique. De plus, la mesure des processus demande la mise à jour constante des outils (Pronovost et al., 2004).

Les éléments de processus sont cependant plus aptes à identifier de petites variations que ceux de structure et les mesures sont contemporaines, c'est-à-dire qu'elles fournissent des indications immédiates sur la manière dont les soins sont exécutés. Il est donc possible de rajuster rapidement un processus jugé inadéquat avant qu'il y ait des conséquences négatives pour les usagers ou que celles-ci ne se soient étendues à un grand nombre d'entre eux. L'information peut être obtenue par observation directe, par la revue des dossiers ou en questionnant l'utilisateur au besoin. Toutefois, l'accent est habituellement placé sur les processus techniques et les dossiers contiennent peu

d'informations sur la relation entre l'utilisateur et le professionnel (Donabedian, 1980, 2003). La mesure de cet aspect requiert généralement une approche résultat et ne peut être réalisée que par un questionnaire à l'utilisateur, à moins qu'un évaluateur ne soit présent à l'entrevue.

Enfin, pour utiliser l'approche résultats, il faut être capable de démontrer un lien entre les soins fournis et les résultats observés; la qualité représente alors ce lien entre la structure, le processus et les résultats (Brunelle, 1993; Donabedian, 1980, 1988). Toutefois, les résultats sont également tributaires de facteurs qui sont hors du contrôle des professionnels de la santé comme l'état initial de l'utilisateur ou ses réactions physiques et psychologiques (Campbell et al., 2000; Giuffrida, Gravelle, & Roland, 1999; Lilford, Mohammed, Spiegelhalter, & Thomson, 2004; O'Connell & Warelow, 2001) et l'impact de ces variables demeure, même lorsque les résultats portent sur un grand nombre d'utilisateurs (Donabedian, 1980). Par ailleurs, des résultats positifs quant à l'amélioration de l'état de santé modifient à la hausse l'appréciation que fait l'utilisateur des soins de santé reçus (Chang et al., 2006). Cependant, lorsqu'on mesure la qualité des soins reçus sous l'angle de l'amélioration de l'état de santé, il faut être conscient que ce résultat n'équivaut pas à recevoir des soins de qualité, compte tenu des nombreux facteurs qui l'influencent (Palmer, 1997). Les mesures de résultats sont toutefois inclusives et intégratives, car elles reflètent les contributions de tous les intrants des soins, professionnels, proches et usager, bien qu'il soit souvent impossible de discerner l'apport de chacun aux résultats obtenus (Donabedian, 1987).

Quant à l'approche par résultats négatifs, elle attire l'attention des professionnels sur le fait qu'il y a un problème et peut servir d'événement sentinelle en matière de qualité des soins, mais on ne peut se fier uniquement à cette approche pour mesurer et apprécier la qualité des soins. De plus, l'absence de résultats négatifs ne garantit en rien que l'utilisateur ait reçu des soins de qualité mais assure tout au plus qu'aucun incident déplorable, telle une chute ou une infection, ne se soit produit. Les résultats négatifs permettent cependant d'établir un lien entre les conditions particulières (structure) ou les façons de faire (processus) qui les ont induits et d'appliquer des correctifs à court terme (Donabedian, 1980, 2003).

Au plan sémantique, l'utilisation du terme résultat soulève une certaine ambiguïté. On distingue ici les résultats effectifs (*outcomes*), qui renvoient aux modifications de l'état de santé ou de bien-être chez l'utilisateur, de ceux de production (*outputs*), tels les services dispensés (Attree, 2001a; Brunelle, 1993; Donabedian, 1980). Les *outcomes* sont considérés comme les résultats ultimes alors que les *outputs* correspondent davantage à des résultats intermédiaires des soins (Saucier & Brunelle, 1995). Saucier et Brunelle (1995) proposent d'utiliser le terme effets (E) afin de désigner les résultats visés en matière de santé et de bien-être, et de réserver le terme « résultats » aux conséquences non prévues, que celles-ci soient positives ou négatives. L'impact d'un soin de santé sera alors constitué de ses effets (E), des résultats positifs et négatifs en matière de santé et de bien-être et des autres conséquences possibles (Saucier & Brunelle, 1995). Cette terminologie est également utilisée par Pineault et Daveluy (1995). Dorénavant, la relation entre les éléments de structure, de processus et de résultats du modèle de Donabedian sera donc représentée par $S \rightleftharpoons P \rightleftharpoons E$.

Donabedian (2003) conçoit également la qualité comme le produit de deux facteurs, soit la science et la technologie des soins de santé, et comme l'application de ces dernières dans la pratique actuelle. Il s'agit d'une évolution de sa conception initiale de la division des soins en aspects techniques et relationnels dans un environnement de soins (Donabedian, 1980, 1991).

Modèle de Johnson, Mass et Moorhead

Johnson et al. (2000) ont élaboré un modèle conceptuel des mesures de résultats qui tient compte des facteurs liés à l'utilisateur, aux dispensateurs de soins et à l'environnement, et qui aborde les résultats de manière globale et multidisciplinaire. Il est présenté à la Figure 1. Les résultats mesurés au plan de l'état de santé pris dans son sens le plus large, soit incluant le statut fonctionnel, l'état mental et la capacité d'assumer ses rôles, tout comme la satisfaction, sont mis en lien avec des résultats intermédiaires des soins reliés au diagnostic, au système de soins ou à la discipline de l'intervenant. Les résultats sont également reliés aux caractéristiques de l'utilisateur telles l'âge, le sexe, le diagnostic médical et l'état fonctionnel, aux caractéristiques des dispensateurs de soins telles leurs compétences techniques et relationnelles, et aux

caractéristiques organisationnelles, soit celles du système où se déroule l'intervention, comme le type d'organisation ou la nature et la quantité de ressources disponibles.

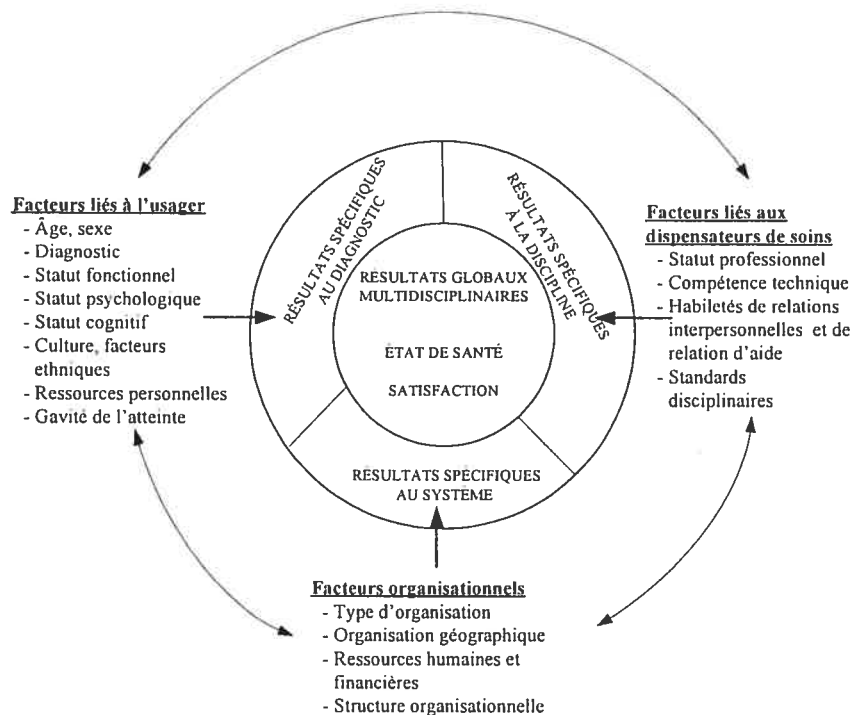


Figure 1. Modèle conceptuel des mesures de résultats [traduction de l'auteure] (Johnson et al., 2000, p. 8).

Modèle de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Toujours en matière de cadre conceptuel, le concept de services santé et services sociaux élaboré par Côté et McNeil pour la Régie régionale de Montréal-Centre présente la qualité des soins et des services selon une approche résultats (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995, 2001, 2003). Basé sur les droits, les besoins et les attentes des usagers, il conçoit la qualité comme étant la concordance du service offert avec les préoccupations des utilisateurs et en mesure l'atteinte en évaluant leur satisfaction (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre,

1999, 2001, 2003). Ces attentes se répartissent dans trois secteurs d'activité, soit les secteurs relationnel, professionnel et organisationnel qui regroupent 12 dimensions. Le Tableau 1 fait état de celles-ci et des secteurs auxquels elles appartiennent. Elles seront toutefois définies plus avant dans ce chapitre.

Tableau 1

Secteurs et dimensions du concept de services santé et services sociaux

Secteur relationnel	Secteur professionnel	Secteur organisationnel
Dimensions	Dimensions	Dimensions
Respect	Fiabilité	Simplicité
Intimité	Responsabilisation	Continuité
Empathie	Apaisement	Accessibilité
	Solidarisation	Rapidité
		Confort

(Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a, p. 13-16).

Ce modèle présente quelques similitudes avec le modèle de Donabedian, car les secteurs relationnel et professionnel rejoignent le volet processus alors que le secteur organisationnel s'accroche à celui de structure. Toutefois, alors que le concept de service présente sa vision de la qualité comme la mesure de la satisfaction au regard des attentes, Donabedian (1980) définit la qualité comme le lien entre la structure, le processus et les résultats, l'un de ces résultats étant la satisfaction de l'utilisateur.

Cadres conceptuels infirmiers de la qualité des soins

De manière plus spécifique, quelques auteurs en sciences infirmières ont tenté de proposer un modèle conceptuel de la qualité des soins. La section suivante présente les modèles de Brown (1992), d'Attree (1996), de Larrabee (1996) et de Mitchell et ses collaborateurs (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998; Mitchell & Lang, 2004).

Cadre conceptuel de Brown

Brown (1992), contrairement aux autres auteurs présentés dans cette section, propose un modèle conceptuel de la qualité des soins infirmiers. Elle utilise le modèle de Donabedian dont elle conserve la relation linéaire, bien qu'elle y ajoute une certaine contribution de l'utilisateur et un aspect de rétroaction dans son illustration du processus. Elle inclut également des caractéristiques spécifiques au système, à l'utilisateur et au dispensateur de soin. L'aspect processus porte à la fois sur des aspects techniques et relationnels et les résultats des soins incluent les modifications de l'état physique et de l'état psychologique, les connaissances en matière de santé et la satisfaction de l'utilisateur. Enfin, Brown (1992) propose des dimensions de la qualité des soins qui seront reprises plus avant, dans la portion du présent chapitre qui traite de ce sujet. Le modèle de Brown est présenté à la Figure 2.

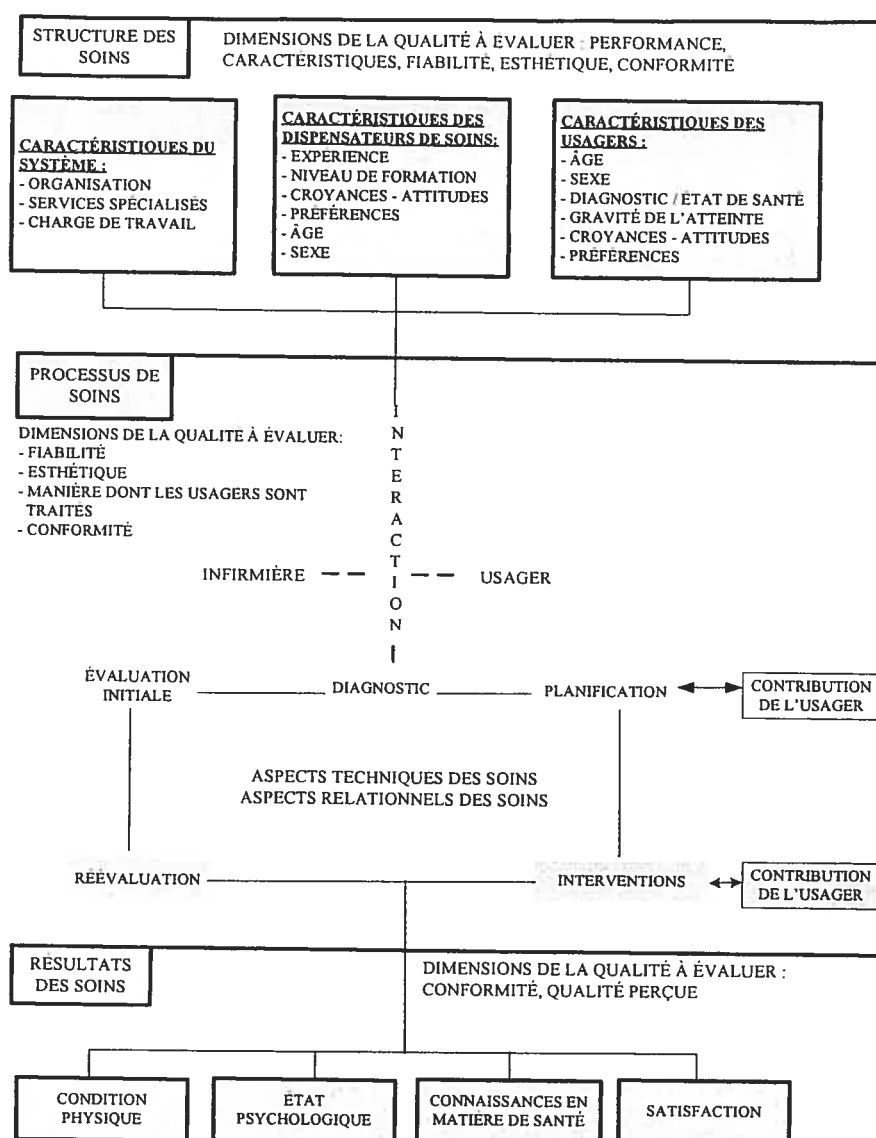


Figure 2. Modèle conceptuel de la qualité des soins infirmiers
[Traduction et adaptation de l'auteure] (Brown, 1992, p. 72).

Cadre conceptuel d'Attree

À partir d'une analyse du concept de qualité qu'elle avait effectuée en 1993, Attree (1996) propose un modèle conceptuel de la qualité des soins basé sur l'approche de Donabedian (1980) mais qu'elle décrit comme un système ouvert, en opposition à l'approche davantage linéaire de Donabedian. Ce modèle, illustré à la Figure 3, clarifie la notion de variabilité de la mesure et de l'évaluation de la qualité des soins dans le temps, tout en spécifiant, à divers niveaux, soit microscopique, macroscopique et global, la présence de variables environnementales. Il permet de considérer à la fois l'interrelation

et l'interdépendance des variables incluses dans la qualité des soins, tout comme les aspects contextuels et temporels du concept. Ces éléments sont de première importance en matière de qualité des soins puisqu'ils permettent de prendre en considération tant l'influence de l'ensemble des facteurs les uns sur les autres que leur évolution dans le temps, variables qui jouent sensiblement sur les résultats.

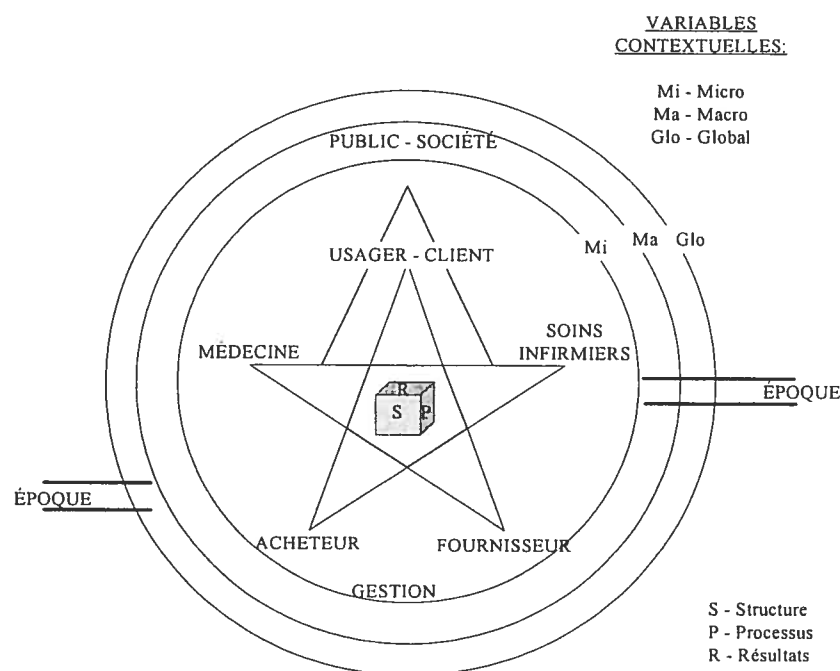


Figure 3. Modèle conceptuel de la qualité des soins
[traduction de l'auteure] (Attree, 1996, p. 26).

Cadre conceptuel de Larrabee

Larrabee (1996) se dissocie du modèle de Donabedian et conçoit un modèle théorique de la qualité des soins, mais basé sur une vision organismique qui incorpore les aspects éthiques aux visions économiques. Il est illustré à la Figure 4. Larrabee (1996) définit la qualité comme la présence d'attributs désirables et socialement acceptables à travers l'expérience holistique multidimensionnelle d'être et de faire, et intègre alors les concepts de valeur, de prudence, de justice et la capacité de produire un bénéfice. Dans ce modèle, l'utilisateur et ses proches sont considérés comme des partenaires essentiels et à part entière dans la définition, la réalisation, la mesure et l'évaluation de soins de santé de qualité.

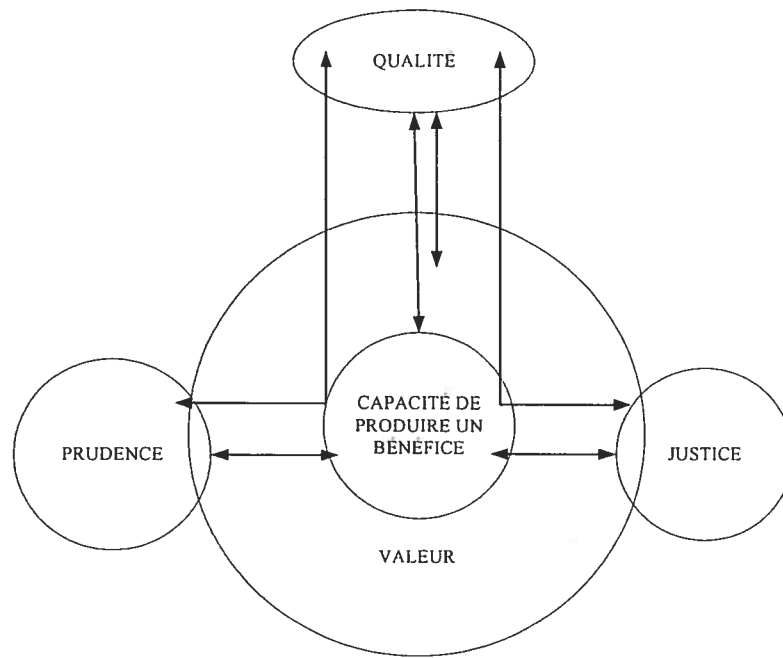


Figure 4. Modèle émergent de la qualité [traduction de l'auteure] (Larrabee, 1996, p. 353).

Ces concepts devraient s'ajouter aux éléments de structure de Donabedian qu'ils viennent compléter en précisant davantage les caractéristiques morales des usagers, des intervenants et des établissements de soins et services de santé. En effet, l'adhésion à une éthique et à des principes moraux, tant personnels que collectifs, fait partie intégrante de tout individu, gestionnaire ou professionnel de la santé, et toute organisation se doit également de définir les valeurs auxquelles elle adhère.

Il importe également de préciser ici que les critiques d'Attree (1996) et de Larrabee (1996), au regard de la linéarité du modèle de Donabedian, sont plus ou moins justifiées. Tel que déjà souligné, bien que la représentation de son modèle soit effectivement linéaire, Donabedian (2003) affirme qu'elle est une version simplifiée d'une réalité beaucoup plus complexe, que les causes ont des effets qui eux-mêmes deviennent des causes et ainsi de suite. Cependant, Attree (1996) et Larrabee (1996) viennent introduire et ajouter, chacune à leur manière, une perspective infirmière au modèle de Donabedian par la représentation d'une image davantage holistique et permettent de visualiser, du moins en partie, toute la complexité de la qualité des soins plutôt que d'entrer en contradiction avec ses propos.

Cadre conceptuel de Mitchell et ses collaborateurs

Enfin, Mitchell et al. (1998) et Mitchell et Lang (2004) prônent également une approche systémique, mais sans reprendre le modèle d'Attree (1996). Toujours à partir du modèle initial de Donabedian (1980), le *Quality Health Outcomes Model* (2004), illustré à la Figure 5, a raffiné et aligné différemment les éléments de la trilogie afin de saisir la relation dynamique entre le système de soins, l'utilisateur, les interventions et les résultats.

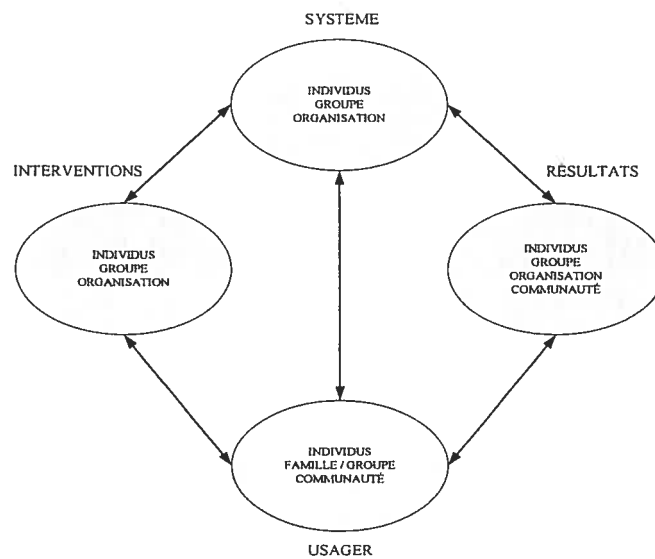


Figure 5. Quality Health Outcomes Model
[traduction de l'auteure] (Mitchell & Lang, 2004, p. II-5).

Le modèle sous-entend l'existence d'une influence réciproque entre les interventions thérapeutiques et les caractéristiques de l'utilisateur et du système dans la production des résultats. L'effet de l'intervention est donc modulé par ces traits distinctifs plutôt que de produire un effet indépendant sur les résultats et aucune variable de structure ou de processus ne démontre des relations constantes avec les résultats chez l'utilisateur lorsque la structure ou le processus est examiné seul. De plus, sans être un modèle de la qualité des soins infirmiers proprement dit, le texte fait référence aux éléments du métaparadigme infirmier (Fawcett, 2000) reliant la personne à l'utilisateur, les interventions aux soins, l'environnement au système et les résultats à la santé, bien que ces précisions n'apparaissent pas textuellement dans la représentation du modèle. Les

auteurs mettent l'accent sur la rétroaction et l'effet d'entraînement et l'aspect dynamique du modèle est davantage en congruence avec l'approche holistique qui caractérise les soins infirmiers.

Toutefois, les catégories de résultats qu'il inclut, soit la capacité de prendre soin de soi, la démonstration d'habitudes de promotion de la santé, une qualité de vie reliée à l'état de santé, la perception d'avoir été bien traité et la gestion des symptômes ne conviennent pas à tous les milieux de soins et n'en incluent pas non plus tous les aspects.

Dimensions de la qualité des soins

La qualité des soins comporte différentes dimensions ou attributs qui constituent ses caractéristiques propres, c'est-à-dire des éléments que l'on considère comme traduisant son essence même. Pour Ellis et Whittington (1993), comme il n'existe pratiquement pas de définition convaincante et opératoire de la qualité, il est tentant d'essayer de la déterminer par ses constitutifs. Toutefois, ces derniers considèrent cette approche comme réductionniste puisque la qualité est un tout intégrateur. Quant à Redfern (1993), elle soutient que le fait de ramener la qualité aux dimensions qui la caractérisent pose le risque de voir l'unité mais de passer à côté du tout.

Cependant, le fait que les dimensions du concept de qualité des soins varient selon les auteurs de même que selon les perspectives des divers acteurs du système de santé (Brunelle, 1993; Haddad et al., 1997) paraît un point favorable au fait de tenter de définir la qualité des soins par les caractéristiques qui lui sont propres puisque seule cette approche permet de la mettre en contexte et d'intégrer les particularités des divers milieux de soins. En effet, chaque composante de la qualité fournit une image fragmentaire lorsqu'elle est vue de manière individuelle, mais elles fournissent davantage de spécificité lorsqu'elles sont prises dans leur ensemble (Campbell et al., 2000).

Compte tenu que l'objet du présent travail est de tenter de dégager les dimensions du construit de qualité des soins critiques et que celles-ci n'ont jamais fait l'objet de recherches à ce jour, il apparaît important de procéder initialement à une exploration exhaustive de l'ensemble des dimensions du concept de qualité des soins, peu importe le secteur de soins auquel elles appartiennent. De même, il est impossible de

limiter l'investigation aux outils de mesure existant puisque aucun d'eux n'est spécifique au secteur des soins critiques. Toute restriction à la présente étape risquerait de provoquer l'omission de dimensions présentes dans les écrits.

Les dimensions de la qualité des soins seront donc présentées dans un premier temps de manière globale. Dans un second temps, les dimensions du concept de services santé et services sociaux de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2005) seront exposées. Par ailleurs, Brown (1992), dans son modèle de la qualité des soins infirmiers présenté plus avant, propose également des dimensions de la qualité des soins aux fins de mesure et d'évaluation. Elles avaient été initialement conçues par Garvin (1987) pour le domaine industriel, sont formulées de manière peu spécifique et ne conviennent pas dans leur ensemble pour caractériser les soins de santé. C'est pourquoi elles n'ont pas été retenues et présentées dans le tableau synthèse qui va suivre. Ainsi, la performance est définie comme la disponibilité de caractéristiques opérationnelles de l'établissement de santé telles des unités de soins critiques, un service psychiatrique et, en matière de soins infirmiers, porte, par exemple, tant sur le type de supervision clinique disponible dans les unités de soins que sur le ratio infirmières/patients. De plus, elles s'avèrent être des dimensions de la qualité des soins infirmiers, ce qui n'est pas ici le propos.

Le Tableau 2 présente donc les 23 dimensions du concept de qualité des soins recensées dans les écrits et retenues. Les définitions des dimensions qui sont proposées sont succinctes et globales, et s'avèrent être le fruit d'un exercice de synthèse des propos des auteurs qui y sont associés, tout en accordant une attention extrême à ne pas en altérer le sens général. Toutefois, les dimensions qui seront ciblées comme caractérisant la qualité des soins critiques seront reprises de manière détaillée au moment opportun. Les dimensions qui touchent les aspects de dotation de personnel, de rétention et de satisfaction des employés, et que certains auteurs relient à la qualité des soins, sont volontairement exclues. Les études recensées à cet égard font l'objet d'un créneau de recherche particulier et relèvent davantage des études sur la gestion, la qualité de vie au travail et les mouvements de main d'œuvre que de celles portant sur la qualité des soins proprement dite.

Tableau 2

Dimensions du concept de qualité des soins

Dimension	Définition	Auteurs
Acceptabilité	Conformité des soins aux désirs, attentes et valeurs des usagers et de leurs proches.	Donabedian, 2003; Palmer, 1991; Schmele & Donabedian, 1996.
Accessibilité – disponibilité	Possibilité, pour un usager, d'obtenir un soin ou un service.	Association des hôpitaux du Québec-AHQ, 1995; Attree, 2001b; Brunelle, 1993; D'hoore, 1999; Donabedian, 1980, 2003; Jun et al., 1998; Kimberly & Minvielle, 2000; Palmer, 1991; Roberge, Pineault, & Pineault, 2000; Sower et al., 2001.
Aspects techniques des soins	Les soins techniques correspondent aux connaissances et à l'application des sciences et des technologies médicales et professionnelles (données probantes) afin de gérer le problème de santé de l'utilisateur. Cette dimension inclut la compétence professionnelle.	Brunelle, 1993; Donabedian, 1980; Jun et al., 1998; Palmer, 1991; Roberge et al., 2000; Schmele & Donabedian, 1996; Steffen, 1988; Wyszewianski, 2003.

Tableau 2
Dimensions du concept de qualité des soins (suite)

Dimension	Définition	Auteurs
À temps, au bon moment	Les soins sont fournis au moment le plus adéquat.	Attree, 2001b; Bryant, Floersch, Richard, & Schlenker, 2004; Kimberly & Minvielle, 2000; Sower et al., 2001; Steffen, 1988.
Continuité – coordination - collaboration	Les soins sont coordonnés dans le temps, dans le respect des autres intervenants. Donabedian (1980) distingue la continuité de la coordination.	Brunelle, 1993; D'hoore, 1999; Donabedian, 1980; Roberge et al., 2000; Sower et al., 2001; Steffen, 1988.
Efficacité (<i>efficacy/effectiveness</i>)	Les soins donnent les résultats attendus. Certains auteurs distinguent <i>efficacy</i> (résultats obtenus dans des conditions optimales ou efficacité potentielle) d' <i>effectiveness</i> ou <i>patient outcomes</i> (résultats obtenus dans des conditions concrètes réelles ou efficacité réelle) (Pineault & Daveluy, 1995, p. 423).	Association des hôpitaux du Québec-AHQ, 1995; Attree, 2001b; Bryant et al., 2004; D'hoore, 1999; Donabedian, 2003; Jun et al., 1998; Roberge et al., 2000; Schmele & Donabedian, 1996; Sower et al., 2001; Steffen, 1988.

Tableau 2
Dimensions du concept de qualité des soins (suite)

Dimension	Définition	Auteurs
Efficience - clinique - de production ou de gestion - de distribution	Mesure du coût auquel toute amélioration de l'état de santé est réalisée.	Association des hôpitaux du Québec-AHQ, 1995; Brunelle, 1993; Bryant et al., 2004; D'hoore, 1999; Donabedian, 2003; Kimberly & Minvielle, 2000; Schmele & Donabedian, 1996; Sower et al., 2001; Wyszewianski, 2003.
Fiabilité	Assurance que tout fonctionne sans problème, à l'intérieur des limites connues ou raisonnables.	Jun et al., 1998.
Équité	Principe selon lequel quelqu'un détermine ce qui est juste ou équitable dans la distribution des soins et ses bénéfices à travers les membres de la population.	Brunelle, 1993; Bryant et al., 2004; D'hoore, 1999; Donabedian, 2003; Schmele & Donabedian, 1996.
Habiletés relationnelles – communication - courtoisie	Capacité d'entrer en relations avec l'utilisateur et ses proches.	Attree, 2001b; Brunelle, 1993; Donabedian, 2003; Jun et al., 1998; Palmer, 1991; Schmele & Donabedian, 1996; Wyszewianski, 2003.

Tableau 2
Dimensions du concept de qualité des soins (suite)

Dimension	Définition	Auteurs
Information – éducation	Transmission de connaissances sur tout sujet relatif à la santé.	Attree, 2001b; Kimberly & Minvielle, 2000; Palmer, 1991; Roberge et al., 2000; Sower et al., 2001.
Légitimité	Conformité aux préférences sociales telles qu'elles sont exprimées dans des principes éthiques, des valeurs, des mœurs, des lois, des règlements.	Donabedian, 2003; Schmele & Donabedian, 1996.
Optimalité	Capacité d'obtenir un équilibre le plus souhaitable possible entre les coûts des soins et leurs résultats.	Donabedian, 2003; Schmele & Donabedian, 1996.
Participation et coopération de l'utilisateur, respect de ses préférences	Participation de l'utilisateur sollicitée en ce qui a trait à ses soins directs et aux décisions qui le concernent.	Steffen, 1988; Wyszewianski, 2003.
Pertinence (<i>appropriateness</i>)	Soins appropriés aux besoins de l'utilisateur.	Association des hôpitaux du Québec-AHQ, 1995; D'hoore, 1999; Sower et al., 2001.
Promotion de la santé – prévention de la maladie	En matière de valeur, d'enseignement et d'investissement de ressources.	Steffen, 1988.

Tableau 2
Dimensions du concept de qualité des soins (suite)

Dimension	Définition	Auteurs
Respect – <i>caring</i> – empathie – chaleur - ouverture – relation personnalisée – intimité – confidentialité – soutien	Expression de la compréhension de l'intervenant face à ce que l'utilisateur ressent.	Attree, 2001b; D'hoore, 1999; Kimberly & Minvielle, 2000; Roberge et al., 2000; Sower et al., 2001; Steffen, 1988.
Ressources financières, incluant le rapport coûts/bénéfices	Budget disponible de même que l'utilisation qui en est faite.	Attree, 2001b; Wyszewianski, 2003.
Ressources physiques – environnement – confort	Matériel adéquat, lieux physiques convenables.	Donabedian, 1980; 2003; Jun et al., 1998; Kimberly & Minvielle, 2000; Roberge et al., 2000; Wyszewianski, 2003.
Résultats	Impact positif sur les taux de mortalité-morbidité, variations (positives) du statut fonctionnel, de l'état de santé ou de la gravité de la maladie.	Kimberly & Minvielle, 2000.
Satisfaction de l'utilisateur	Sentiment psychologique éprouvé par celui dont le désir est comblé (Office québécois de la langue française, 2006).	Kimberly & Minvielle, 2000.
Sécurité	Risques reliés aux procédures et à l'environnement réduits au minimum.	Bryant et al., 2004; D'hoore, 1999; Sower et al., 2001.
Soins personnalisés (<i>patient centered</i>)	Centrés sur les caractéristiques et les besoins de la personne.	Bryant et al., 2004; Donabedian, 2003; Roberge et al., 2000.

Povar (1991) affirme que la qualité des soins peut être définie selon trois dimensions importantes, soit les objectifs visés, les risques impartis et les ressources à utiliser. Quant à Campbell et al. (2000), ils résument la qualité des soins en deux dimensions, l'accessibilité et l'efficacité (*effectiveness*), toutes les autres caractéristiques étant incluses dans celles-ci.

La synthèse des dimensions retrouvées requiert maintenant quelques constats. Tout d'abord, il n'y a pas de consensus entre les divers auteurs, bien que plusieurs termes apparentés aient déjà été regroupés; toutefois, certaines dimensions semblent rassembler davantage les positions, soit :

Acceptabilité

Accessibilité – disponibilité,

Aspect technique des soins

À temps – au bon moment

Continuité – coordination – collaboration

Efficacité (*efficacy / effectiveness*)

Efficience

Équité

Habiletés relationnelles – communication – courtoisie

Information – éducation

Pertinence (*appropriateness*)

Respect – *caring* – empathie – chaleur – ouverture – relation personnalisée –
intimité – confidentialité – soutien

Ressources physiques – environnement – confort

Sécurité

Soins personnalisés (*patient centered care*)

Cependant, plusieurs termes ne sont pas mutuellement exclusifs, ont des sens assez voisins et pourraient faire l'objet d'une synthèse plus serrée, pour en arriver à diminuer le nombre de dimensions sans en modifier le sens. Par ailleurs, plusieurs de ces dimensions ne sont pas propres à la seule qualité des soins. Par exemple, les concepts de performance et de satisfaction montrent des traits communs avec celui de qualité des soins en cette matière. La performance consiste dans « le degré d'accomplissement des

cibles et des objectifs établis par une organisation » (Office québécois de la langue française, 2006), ce qui implique l'émission d'un jugement en fonction d'un résultat atteint au regard de cibles préalablement fixées. Elle rejoint à cet égard l'efficience, et poussée à son maximum, l'optimalité. Toutefois, il est certain que le jugement porte sur des dimensions préalablement ciblées que le concept de performance vient quantifier et relativiser. Quant à la satisfaction, c'est « le sentiment psychologique éprouvé par celui dont le désir est comblé » (Office québécois de la langue française, 2006). La satisfaction est également un indicateur de résultat et son expression est un jugement porté particulièrement sur la dimension interpersonnelle des soins (Grenier, 1998). Les dimensions propres au construit de qualité des soins critiques devront donc être le plus spécifiques possible afin de bien le circonscrire et de le traduire fidèlement.

Le concept de services santé et services sociaux de Côté et McNeil (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995), ayant pour objet les attentes et la satisfaction des usagers envers le système de soins, comporte des dimensions qui fournissent des précisions qui pourraient s'avérer utiles. Ces dimensions et leurs définitions ont évolué depuis leur conception et la version 2005 de celles-ci est présentée au Tableau 3.

Tableau 3
Dimensions du concept de services santé et services sociaux

Secteur relationnel
Ce secteur concerne la relation qui s'établit entre le personnel et l'utilisateur. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.
Dimensions
<i>Respect</i> : considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à nous conduire envers elle avec réserve et retenue. Le respect implique l'acceptation de la différence.
<i>Intimité</i> : qualité assurant à l'utilisateur l'accès à un environnement respectueux de sa vie privée et du caractère personnel des renseignements qui le concernent. L'intimité implique des comportements empreints de discrétion.
<i>Empathie</i> : attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute active de l'utilisateur, une considération de la globalité de sa personne.
Secteur professionnel
Ce secteur, qui touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.
Dimensions
<i>Fiabilité</i> : attitude des personnes à accomplir leurs pratiques professionnelles ou à réaliser leurs interventions dans des conditions appropriées, sécuritaires et dignes de confiance. La fiabilité fait également référence à l'adaptation des équipements aux besoins des usagers ainsi qu'aux résultats attendus quant aux services reçus.
<i>Responsabilisation</i> : action destinée à accroître l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité à prendre des initiatives, à assurer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne.
<i>Apaisement</i> : attitude propre à calmer, à rassurer une personne et lui procurer la tranquillité d'esprit, un sentiment de sécurité et de confiance.
<i>Solidarisation</i> : action destinée à impliquer, de près ou de loin, l'entourage de l'utilisateur (sa famille, ses proches, etc.) dans l'organisation et la prestation de services.

Tableau 3

Les dimensions du concept de services santé et services sociaux (suite)

Secteur organisationnel

Ce secteur, qui touche l'organisation des services, fait référence à l'environnement et au contexte qui en assure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort, les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent assurer ou non la rapidité et la continuité.

Dimensions

Simplicité : qualité destinée à faciliter l'utilisation, la compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. Elle concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétention) que les choses qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser.

Continuité : qualité assurant une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'utilisateur et la circulation de l'information.

Accessibilité : caractéristique qui rend possible l'accès aux services sur le plan de la géographie, des installations physiques, des horaires, de la langue et de la culture.

Rapidité : caractéristique qui permet d'obtenir une réponse à une demande de services ou au service lui-même, dans un laps de temps raisonnable.

Confort : sentiment de bien-être résultant d'un environnement physique chaleureux, caractérisé par des lieux sécuritaires, propres et ordonnés.

(Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a, p. 13-16).

À la suite de ces constats à l'égard des dimensions du concept de qualité des soins et de celles du concept de services de santé et de services sociaux, il apparaît également que la vision des divers acteurs du système doit être prise en compte, car celle-ci varie entre les professionnels, les usagers et leurs proches, et les gestionnaires des établissements de santé. La section suivante fait état des principaux considérants relatifs à l'opinion des différents acteurs interpellés quant aux dimensions de la qualité des soins qu'ils privilégient.

Vision des différents acteurs du système

Les acteurs ont des visions différentes en matière de soins et services de santé, et le recours de Donabedian (1980) à trois classifications dans la définition de la qualité des soins, soit le fait que celle-ci puisse revêtir soit un caractère absolutiste, individuel ou social en fait foi. Les dispensateurs de soins, particulièrement les professionnels, tendent à privilégier l'aspect technique aux autres dimensions de la qualité des soins (Williams, 1998b; Zimmerman, 2002). Du côté des médecins, cette tendance semble relativement marquée, comme en témoignent les études de Banks et al. (1995), de Blumenthal (1996a, 1996b) et de Campbell et al. (2000). Cependant, le fait de se centrer sur la dimension technique des soins polarise les activités de mesure et d'évaluation de la qualité vers les acteurs médicaux, aux dépens des autres professionnels, des usagers et de leurs proches (Setbon, 2000). Toutefois, les médecins sont également préoccupés par l'accessibilité et l'efficacité (Campbell et al., 2000) et par l'aspect de leurs relations interpersonnelles avec les usagers (Blumenthal, 1996a, 1996b; Campbell et al., 2000; Mead & Bower, 2000).

Selon les infirmières, les activités et les attitudes retenues dans les écrits comme ayant une forte corrélation avec une qualité des soins élevée se regroupent en général sous trois catégories, soit les habiletés cognitives, les dispositions affectives et les habiletés psychomotrices (Fitzpatrick, While, & Roberts, 1992; Radwin & Alster, 1999). Hogston (1995) souligne également l'importance du professionnalisme, se manifestant par les habiletés précédentes et la conformité aux normes de pratique établies. Enfin, l'excellence des soins infirmiers passe par des soins holistiques, humains, professionnels, qui améliorent les résultats de santé (Coulon, Mok, Krause, & Anderson, 1996).

Quant aux gestionnaires, ils s'attardent davantage à la conformité des structures, au coût des soins, au fait que l'information fournie par les systèmes soit précise, accessible et pertinente (Setbon, 2000), et au fonctionnement général du service (Brunelle, 1993). Ils s'intéressent aussi à la satisfaction des usagers (Brunelle, 1993), aux plaintes et aux autres indicateurs négatifs tels les chutes et les taux d'infection (Pukk, Lundberg, Gaffney, Penaloza-Pesantes, & Olsson, 2003), ce qui, dans l'ensemble, rejoint les dimensions d'efficacité, d'optimalité et d'acceptabilité.

Il importe également de recueillir l'opinion des usagers et des proches dans les démarches de mesure et d'évaluation de la qualité des soins, car ils ont leur perspective propre et le seul point de vue des professionnels et des gestionnaires ne peut suffire à donner une vision juste de la situation (Frost, 1992). Bien que les usagers ne puissent généralement évaluer seuls la qualité des soins reçus, compte tenu des limites de leurs connaissances (Donabedian, 1980; Harrigan, 2000; Palmer, 1996), ils peuvent juger entre autres des délais d'attente (Palmer, 1996; Setbon, 2000) et de la qualité de la vie après les soins reçus (Setbon, 2000). Les usagers souhaitent bien entendu recevoir des soins techniquement adéquats (Larrabee & Bolden, 2001; Oermann, Dillon, & Templin, 2000) mais bon nombre d'entre eux tiennent pour acquis la compétence clinique de l'infirmière ou du médecin et n'en font pas un objet d'évaluation (Gunther & Alligood, 2002).

Ce sont généralement les aspects des relations interpersonnelles et des attitudes qui influencent le plus la perception des usagers (Banks et al., 1995; Chang et al., 2006; Donabedian, 1988; Grenier, 1998; Gunther & Alligood, 2002; Lohr & Harris-Wehling, 1991; Palmer, 1996; Williams, 1998b). La qualité de la communication (Chang et al., 2006; Ellis & Adams, 2002; Williams, 1998b) et celle de la relation avec l'infirmière (Iurita, 1999) revêtent également un aspect primordial. Il en est de même du respect de l'intimité et de la confidentialité (Ellis & Adams, 2002), tout comme de l'attrait pour des soins personnalisés et centrés sur les besoins de l'utilisateur, fournis par une infirmière qui démontre un intérêt sincère à son bien-être (Attree, 2001a).

Les caractéristiques des lieux physiques dans lesquels les soins se déroulent sont également importantes pour l'utilisateur (Donabedian, 1980), bien que cette dimension apparaisse davantage dans les études portant sur sa satisfaction (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005b; Morin, 1999; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995, 2001) que dans celles relatives à la qualité des soins reçus (Attree, 2001b; Joiner, 1996; Jun et al., 1998; Larrabee & Bolden, 2001; Oermann et al., 2000). Enfin, des groupes spécifiques d'utilisateurs présentent des besoins particuliers et ont fait l'objet de plusieurs études en les rassemblant soit selon leur âge, leur pathologie, le

type de soins requis ou la gravité de leur atteinte (Beech & Norman, 1995; Grant, Reimer, & Bannatyne, 1996; Kemppainen et al., 1999).

À titre d'exemple, l'étude de Chao et Roth (2005), portant sur une population de personnes âgées taïwanaises, a ciblé les dimensions de *caring*, de respect des différences individuelles, de soutien émotionnel, d'interaction sociale, d'environnement aidant et d'accessibilité comme étant pertinentes. Ces dimensions reflètent les valeurs et les attaches culturelles chinoises du peuple taïwanais (Chao & Roth, 2005). De leur côté, Roberge, Fournier, Michaud et Pepin (2003) ont validé les dimensions et les critères retenus par des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) afin d'évaluer la qualité des soins reçus. Les dimensions retenues sont présentées au Tableau 4.

Tableau 4

Dimensions de la qualité chez les personnes atteintes de MPOC

Soins et services à l'urgence	
Habiletés et compétences professionnelles	
Rapidité de la prise en charge lors de la crise de dyspnée	
Attitude des professionnels	
Environnement de soins	
Soins et services à l'unité de soins	
Habiletés et compétences professionnelles	
Attitude des professionnels	
Disponibilité des professionnels	
Information et renseignements reçus	
Environnement de soins	
Résultats de soins	
Soins et services à domicile donnés par le CLSC	
Disponibilité des professionnels	
Accessibilité des services	
Attitude des professionnels	
Habiletés et compétences des professionnels	

(Roberge et al., 2003, p. 18).

Non seulement les dimensions retenues diffèrent-elles de celles rapportées par la recherche de Chao et Roth (2005), elles varient également chez les mêmes usagers dépendant de la portion de l'épisode de soins examinée (Roberge et al., 2003). Enfin, une étude internationale menée en France, en Angleterre, en Norvège et en Suède chez

près de 3000 usagers d'unités de médecine, de chirurgie et de services ambulatoires chirurgicaux a démontré des différences significatives tant dans les facteurs qu'ils considèrent importants en matière de qualité que dans leur appréciation de la qualité des soins reçus (Larsson, Larsson, Chantreau, & von Holstein, 2005).

Il semble donc que, au-delà de dimensions communes telles les aspects techniques et relationnels des soins fournis, le recours à des dimensions spécifiques au type d'usagers et même à la portion de l'épisode de soins soit nécessaire. Enfin, la vision des usagers ne saurait être complète sans inclure la perception de la famille et des proches (Attree, 2001a). L'étude d'Attree (2001b) faite sur des patients et des proches d'une unité de médecine générale d'un hôpital anglais propose des attributs communs identifiés par les patients et leurs proches, en ce qui a trait à des soins de qualité. Toutefois, dans les secteurs de soins où la présence des proches est constante et leurs capacités mises à contribution, comme dans les unités de soins critiques, les unités pédiatriques ou les soins à domicile, les besoins sont plus spécifiques et seront abordés dans la section traitant des soins critiques.

Tel que démontré, les usagers et leurs proches, les professionnels et les gestionnaires tendent vers des définitions et des contenus différents lorsqu'ils font référence au concept de qualité (François & Rhéaume, 2001; Haddad et al., 1997), ce qui contribue à complexifier davantage la situation. Glouberman et Mintzberg (2002) utilisent même l'expression « quatre mondes différents » lorsqu'ils s'attardent à la vision des administrateurs, des gestionnaires, des médecins et des infirmières concernant les services de santé. De plus, même parmi les professionnels, la perspective d'analyse en matière de qualité est teintée par l'appartenance disciplinaire (Sales, Lurie, Moscovice, & Goes, 1995), qui oriente à la fois tant les dimensions retenues que l'importance qui leur est accordée et l'interprétation des résultats obtenus (Brunelle, 1993).

Les visions, plutôt divergentes selon les caractéristiques collectives et professionnelles des acteurs, ne sont pas davantage uniformes à l'intérieur d'un même groupe (Coulon et al., 1996; Roberge et al., 2000). En effet, chaque individu est différent et possède sa propre représentation de la qualité des soins, basée sur ce qu'il est de manière fondamentale. Haddad et al. (1997) concluent donc « que la qualité d'un service de santé pourrait être autant, sinon plus, l'expression dans un contexte particulier, de

constructions individuelles ou collectives que de propriétés intrinsèques de ce service » (p. 59).

Les dimensions relevées ne sont donc ni le propre d'une seule discipline ni mutuellement exclusives et s'influencent les unes les autres. Elles sont valorisées par plusieurs groupes, mais à des niveaux différents (Wyszewianski, 2003). De ce fait, la diversité fait partie du contexte de soins tant par la nature même des personnes que par leur appartenance disciplinaire et par l'environnement ou la situation particulière dans laquelle elles exercent. De même, les perspectives de l'utilisateur et de ses proches sont importantes, tant au plan de l'expression de leurs besoins et de leurs attentes que face à la manière dont les professionnels y répondent.

Le cadre dans lequel la définition opérationnelle de la qualité des soins prend place modifie donc la représentation qui en découle et subit l'influence du type d'utilisateurs visés, des valeurs en place dans l'établissement, des professionnels qui interviennent et de nombreux autres facteurs qui s'y rattachent (Schmadl, 1979). Une fois les dimensions de la qualité des soins répertoriées, la prépondérance de l'opinion des acteurs et l'importance de la portion de l'épisode de soins établies, il est maintenant possible d'aborder le sujet de la qualité des soins dans les unités des soins critiques. Le contexte des soins critiques et les particularités des acteurs qui y évoluent sont exposés dans les lignes qui suivent.

Contexte des soins critiques

Les unités de soins critiques sont nées, au milieu du siècle dernier, du besoin de centraliser auprès des infirmières les usagers dont l'état requiert un niveau de soins élevé (Fairman & Lynaugh, 1998). Depuis leur création, ces unités se sont complexifiées, les intervenants se sont spécialisés et les usagers et leurs proches sont confrontés à des épisodes de soins de plus en plus longs et difficiles (Urden et al., 2006). De plus, les taux d'occupation et de roulement des lits de soins critiques se sont accrus compte tenu du vieillissement de la population et des avancées technologiques (Brilli et al., 2001).

Structure des soins critiques

La structure des unités de soins critiques comporte des ressources physiques, humaines et financières. Au plan physique, les modèles d'organisation des unités de soins critiques sont extrêmement variables et même la définition de ce que constitue un lit de soins intensifs n'est pas unique (Rubenfeld, 2002). Les unités de soins critiques regroupent souvent les usagers selon la nature de leur pathologie et leur âge, comme les unités néonatales, les unités coronariennes ou les unités pour grands brûlés et les soins intensifs généraux, médicaux et chirurgicaux; cependant, certaines unités accueillent également des usagers dont l'état est critique pendant de courtes périodes comme les urgences et les salles de réveil (Rubenfeld, 2002).

Le fait qu'une unité de soins intensifs soit ouverte (tout médecin peut y admettre des usagers), fermée (seuls les membres d'un groupe particulier de médecins peuvent en admettre, comme les intensivistes, par exemple) ou semi-fermée (un mélange des deux scénarios, selon un nombre prédéterminé de lits) est également un facteur structurel important, tout comme la présence ou non de lits de soins intermédiaires à l'intérieur de l'établissement. De plus, l'aménagement physique de l'unité de soins, la disponibilité du matériel et de toute la technologie de pointe, et le recours à des critères d'admission et de départ pour les usagers sont également des facteurs contributifs importants en matière de structure (Rubenfeld, 2002).

En ce qui a trait aux ressources humaines, les soins à fournir aux usagers des unités de soins critiques requièrent la contribution de l'équipe clinique la plus nombreuse et la plus variée, tant au plan du nombre de spécialités médicales qu'au regard de la présence de tous les types de professionnels, incluant les infirmières, les médecins, les inhalothérapeutes, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les diététistes, les travailleurs sociaux et certains autres selon les besoins de l'utilisateur (Rubenfeld, 2002). Les professionnels qui travaillent dans les unités de soins critiques doivent être dotés d'un bon jugement clinique, développer de nombreuses compétences et habiletés et maîtriser une technologie abondante (Urden et al., 2006). Ils travaillent souvent dans des conditions de stress important et sont confrontés régulièrement à des situations complexes, tant au plan physique que psychologique.

L'approche interdisciplinaire dans la gestion des épisodes de soins des usagers de soins intensifs devient un élément majeur lorsqu'on prend en compte la qualité des soins fournis dans ce type d'unité (Brilli et al., 2001). Celle-ci requiert alors une concertation et une collaboration interdisciplinaire étroites, centrées sur l'utilisateur (Leprohon, 2001). Jacquerye et Grenier (1999) affirment même qu'il s'avère important de redéfinir le concept de qualité des soins à partir de bases multidisciplinaires, en tenant compte de la complémentarité et du partenariat que les professionnels doivent développer. En effet, les praticiens ne peuvent, de manière isolée, améliorer l'état de santé des usagers et doivent travailler ensemble à la résolution de problèmes (Berwick, James, & Coye, 2003).

La mise en commun de leurs efforts est essentielle pour développer des approches interdisciplinaires qui maximisent l'utilisation des ressources financières, revoient les processus et améliorent les résultats chez l'utilisateur (Brook, McGlynn, & Cleary, 1996; Carlson, Weiland, & Srivathsan, 1996; Deutschendorf, 2003). De fait, il est démontré que des démarches entreprises sur une base interdisciplinaire auprès d'utilisateurs souffrant de problématiques de soins complexes améliorent sensiblement les résultats chez ces derniers (Baggs, Ryan, Phelps, Richeson, & Johnson, 1992; Kasper et al., 2002; Stewart, Marley, & Horowitz, 1999; Yeager, 2005; Zinn, Brannon, & Weech, 1997). De plus, le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle sont également associés à une diminution de la durée moyenne de séjour de l'utilisateur et à de meilleures habiletés lorsqu'il s'agit de prendre en charge les proches (Yeager, 2005).

Enfin, les unités de soins critiques comptent pour une part importante des coûts financiers des établissements de santé, que ce soit au plan des fournitures et d'équipements, de médicaments ou de ressources humaines, compte tenu des besoins des usagers qui y séjournent (Needham et al., 2005; Wong et al., 1999). Ainsi, une journée à l'unité des soins intensifs coûte entre 2000 \$ et 3000 \$, ce qui est environ six fois plus élevé que le coût d'une journée d'hospitalisation dans une unité de soins régulière (Garland, 2005b). Il importe donc d'utiliser toutes les avenues qui améliorent les résultats des soins, de se concerter pour diminuer les durées de séjour et d'évaluer au quotidien la pertinence d'admettre ou de maintenir un usager dans un lit de soins intensifs.

Processus de soins critiques

Les processus font référence à la définition explicite, à la mesure et à l'enregistrement des activités que les professionnels de la santé et les employés des institutions fournissent à l'utilisateur pendant la durée des soins, au regard de ce qui a été fait, du moment où cela a été fait et de résultats obtenus chez l'utilisateur (Knaus, 2002). La théorie porte alors sur l'assertion que des processus ou des pratiques spécifiques améliorent les résultats chez l'utilisateur (Knaus, 2002). Des guides de pratique clinique (*guidelines*), particulièrement lorsqu'ils font l'objet d'enseignement et de suivi, ont démontré, lors d'études randomisées et contrôlées, leurs effets positifs tant au plan des processus que des résultats obtenus (Bion & Heffner, 2004; Chassin, 1996; Dlugacz et al., 2002).

La revue des processus utilisés en soins critiques s'attarde également à l'application de regroupements de plusieurs de ces guides de pratique (*bundle of care*) (Fulbrook & Mooney, 2003) visant une dizaine d'activités cliniques fréquentes et dont les impacts négatifs peuvent être nombreux, tels la prévention des pneumonies nosocomiales chez les usagers intubés et ventilés mécaniquement (Crunken, Boyce, Woodman, & Bray, 2005; Hampton & Norton, 2006; Tolentino-DelosReyes, Ruppert, & Shiao, 2007), le monitoring systématique du glucose sanguin (Presutti & Millo, 2006) et les soins à fournir à un usager souffrant d'un choc septique (Dellinger & Vincent, 2005). Dans cette foulée, le numéro de décembre 2006 de la revue *Critical Care Nursing Clinics of North America* (Kleinpell, 2006) porte entièrement sur les indicateurs de qualité des soins critiques. Tous les articles qu'il contient se rapportent à des projets visant des moyens de réduire les événements négatifs ou à des guides de pratique clinique. Enfin, pour Levy (2006), la qualité des soins critiques passe par l'encadrement et la mesure des processus de soins.

Cependant, les équipes médicales sont souvent réfractaires à leur application (Garland, 2005b; Zimmerman, 2002). Selon Garland (2005a) et pour les unités de soins critiques exclusivement, seuls 50 % à 70 % des américains reçoivent les soins qui sont recommandés pour leur état et 20 % à 30 % des usagers reçoivent des soins médicaux inappropriés. Par ailleurs, il est certain que la présence de protocoles basés sur les données probantes ne garantit en rien que les interventions soient bien appliquées et

qu'elles le soient au bon endroit, dans un milieu de soins humain (Clarke & Rao, 2004). Toutefois, une part importante des variations observées dans les résultats ne peut être expliquée par l'état initial de l'utilisateur ou la pathologie dont il souffre (Garland, 2005a). Compte tenu que des écarts si larges ne peuvent se produire lorsque les praticiens s'accrochent aux meilleures pratiques, il est clair que ce constat force la conclusion que les soins offerts en soins critiques sont souvent sous optimaux (Garland, 2005a).

Effets des soins critiques

Tout d'abord, un lien clair doit avoir été scientifiquement établi entre les processus de soins et les effets obtenus chez l'utilisateur (Donabedian, 1980). Afin de mesurer les effets des soins reçus, le recours aux taux de mortalité-morbidité est fréquent et des méthodes d'ajustement des risques (*case mix*) sont utilisées (Comeau & Adkinson, 2007). Toutefois, compte tenu de nombreux éléments de variabilité dans le calcul de la mesure, le fait de porter un jugement sur la qualité à partir de ces seuls déterminants ne garantit en rien que la situation clinique d'un utilisateur soit en tout point comparable à celle d'un autre (Lilford et al., 2004).

En effet, la survie d'un utilisateur à un épisode d'hospitalisation en soins critiques dépend de nombreux facteurs autres que les soins reçus (Zimmerman, 2002), telle l'existence de facteurs de comorbidité comme l'insuffisance cardiaque, le cancer ou le diabète (Orwelius et al., 2005). À cette fin, des outils à caractère médical s'intéressent à la gravité de l'atteinte des utilisateurs; les trois dernières versions du *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II, III et IV)*, le *Trauma and Injury Severity Score (TRISS)* et les *Simplify Acute Physiology Score (SAPS et SAPS II)* en sont des exemples. Ces derniers servent à guider les interventions cliniques médicales, car ils permettent d'estimer les chances de survie de l'utilisateur, compte tenu du score obtenu par la sommation des pointages relatifs à ses caractéristiques personnelles et à son atteinte physique (Teres, 2004). Les résultats obtenus par les utilisateurs sont également utilisés à titre de variable contrôle dans de nombreuses études relatives aux soins critiques portant soit sur des essais randomisés contrôlés ou sur des analyses de performance afin de permettre de classer les utilisateurs selon la gravité de leur atteinte et de fournir une

meilleure interprétation des résultats obtenus (Ensminger et al., 2004; Garland, 2005a, 2005b; Teres, 2004).

Cependant, il n'existe aucun outil valide et « prêt à employer » qui permette de prendre en compte le *case mix* et les autres facteurs en cause dans la performance d'une unité de soins critiques (Garland, 2005a). Enfin, tel que déjà mentionné, les taux de mortalité et de morbidité touchent les résultats obtenus chez un usager et ne devraient pas être utilisés seuls comme indicateurs de résultats d'une unité de soins critiques (Apolone, 2000; Moreno, 2003; Moreno & Matos, 2001). La conformité aux meilleures pratiques de soins est donc davantage une question d'adhésion et de suivi rigoureux des processus issus de données probantes qu'une affaire de résultats obtenus.

Outre le fait de demeurer en vie, la qualité de vie résiduelle de l'usager s'avère également un élément important à considérer (Garland, 2005a; Orwelius et al., 2005). De même, la satisfaction de l'usager et de ses proches, la performance financière de l'unité de soins et les effets au plan organisationnel tels la satisfaction et le taux de rotation du personnel sont aussi à prendre en compte (Garland, 2005a).

Usagers et proches

Le contexte des soins critiques ne saurait être complet sans aborder l'expérience de l'usager et de ses proches. L'admission d'un usager dans une unité de soins critiques est une épreuve extrêmement traumatisante, tant pour lui-même que pour ses proches (Bizek, 2005). La précarité de l'état de santé et souvent l'éventualité de la mort de l'usager sont omniprésentes, le tout dans un environnement turbulent, impersonnel et hautement technologique (Urden et al., 2006). Les usagers sont confrontés à plusieurs agents stressants tels la peur de la mort, la douleur, le manque de sommeil, le bruit, les contraintes physiques et chimiques et les agressions physiques de toutes sortes, bien que celles-ci soient réalisées à des fins thérapeutiques (injections, tubes, cathéters, etc.) (Fontaine, 2005; Urden et al., 2006).

Peu d'études documentent la satisfaction des usagers en soins critiques (Mitchell, Shannon, Cain, & Hegyvary, 1996; Shannon, Mitchell, & Cain, 2002) ou la nature des besoins autres que physiques auxquels ils ont à faire face. Les besoins psychologiques des usagers qui séjournent dans les unités de soins critiques sont notamment de se sentir

en sécurité et rassurés, de recevoir de l'information, d'être réorientés fréquemment (Hupcey & Zimmerman, 2000; Pattison, 2005) et de reprendre un certain contrôle sur leurs soins (Wahlin, Ek, & Idvall, 2006). Ils se sentent impuissants, dépersonnalisés et certains ont parfois l'impression de ne faire qu'un avec les machines (Johns, 2005). Ils perdent également la capacité d'exercer leurs rôles sociaux et doivent composer avec des perturbations de leur image et de leur estime de soi (Urden et al., 2006). L'étude de Elpern, Patterson, Gloskey et Bone (1992) souligne que les usagers rapportent entre autres comme sources de détresse l'inconfort physique, le stress émotionnel, les conflits avec des membres de l'équipe soignante, l'aménagement physique inadéquat et le fait de demeurer trop longtemps à l'USC.

De plus, les usagers deviennent souvent confus et les expériences paranoïdes de *délirium* sont fréquentes compte tenu de nombreux facteurs qui les prédisposent et qui sont liés à leur condition clinique, et de facteurs reliés au milieu de soins qui en précipitent l'apparition (Skrobik, 2004). Plusieurs se souviennent plus ou moins des faits qui se sont déroulés lors de leur séjour en USC, mais 83 % se rappellent leurs visiteurs et 26 % rapportent se souvenir de cauchemars; ces derniers se remémorent également davantage la douleur, la peur et la panique qu'ils ont éprouvées (Ringdal, Johansson, Lundberg, & Bergbom, 2006). Certains présentent même des symptômes de choc post-traumatique lorsqu'on les interroge après leur retour à la maison (Capuzzo et al., 2005; Pattison, 2005; Rattray, Johnston, & Wildsmith, 2005). Tous ces facteurs complexifient la possibilité de recueillir l'opinion des usagers en matière de qualité des soins reçus, puisqu'ils n'ont souvent que peu de souvenirs de cette portion de l'épisode de soins ou que ceux-ci sont truffés d'expériences irréelles.

Quant à la vision des proches de l'utilisateur, les principaux travaux en cette matière s'expriment davantage en fonction de la satisfaction des besoins des proches qu'en matière de qualité des soins (Burr, 1998; Gavaghan & Carroll, 2002; Kosco & Warren, 2000; Mendonca & Warren, 1998). La satisfaction étant un effet des soins reçus, il faut donc sous-entendre ici que la réponse à leurs besoins induit nécessairement chez les proches une perception de la qualité des soins reçus, tout comme chez l'utilisateur. Molter (1979) a établi une liste des besoins des familles en soins critiques qui, bien que légèrement modifiée par Leske (1991), sert encore de base en cette matière.

Les besoins des familles sont les suivants : sentir qu'il y a de l'espoir, sentir que le personnel de l'hôpital s'occupe et se préoccupe du bien-être de leur proche, avoir une salle d'attente à proximité, être informé des changements dans l'état clinique, connaître le pronostic (White, Engelberg, Wenrich, Lo, & Curtis, 2007), avoir des réponses honnêtes à leurs questions, connaître l'évolution en termes spécifiques, recevoir de l'information de manière quotidienne et obtenir des explications en termes compréhensibles (Molter, 1979). Les proches éprouvent également le besoin d'être encouragés à participer aux soins dans la mesure de leurs capacités (Benner, 1999; Fry & Warren, 2007), de faire confiance aux professionnels qui prodiguent des soins à l'utilisateur et de maintenir une image positive de la situation (Fry & Warren, 2007).

Une étude récente (Wall, Engelberg, Downey, Heyland, & Curtis, 2007) propose une version courte du *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU)* qui comporte 24 critères répartis sous deux facteurs principaux : la satisfaction face aux soins (14 critères) et celle face aux processus décisionnels (10 critères). En ce qui concerne les soins reçus, ce sont : le respect, la courtoisie et la compassion démontrés par les professionnels face à l'utilisateur et à ses proches, la gestion de la douleur, de la dyspnée et de l'agitation, la manière dont les professionnels prennent en compte les besoins des proches et leur apportent du soutien, la coordination et le travail d'équipe des intervenants, les habiletés et la compétence des infirmières et des médecins, la communication avec les infirmières, l'atmosphère de l'USC et celle de la salle réservée aux proches, et la satisfaction quant au niveau et à la quantité des soins reçus par l'utilisateur. Au regard des processus de décision, on retrouve la fréquence des communications avec les médecins, l'ouverture de l'équipe soignante à répondre aux questions des proches, le fait que les informations transmises soient honnêtes, complètes et congruentes avec la condition clinique de l'utilisateur, la possibilité de se sentir inclus et soutenus lors des prises de décisions, le sentiment d'avoir un certain contrôle sur les soins offerts à l'utilisateur et l'opportunité d'avoir suffisamment de temps pour poser des questions et obtenir des réponses satisfaisantes.

Enfin, l'*American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005* propose 43 recommandations afin de soutenir les proches des usagers hospitalisés en soins critiques, dont un modèle de décision partagé, des rencontres précoces et

fréquentes avec les proches, la présence de la famille lors des tournées médicales et des procédures invasives telles la réanimation cardiorespiratoire et le soutien à la famille avant, pendant et après le décès (Davidson et al., 2007).

Les besoins des proches se doivent d'être satisfaits par les membres de l'équipe de soins afin de leur permettre de s'adapter le mieux possible à la situation; le soutien, l'écoute et la communication régulière et efficace sont des moyens adéquats pour y arriver (Norton, 2005). L'évolution de la compréhension des professionnels du sens de l'expérience vécue par les proches devrait déboucher sur des approches différentes de ces derniers et sur des politiques davantage libérales en matière d'heures de visites par exemple (Levy, 2007). L'intensité de la situation vécue peut être telle que des études récentes affirment que les proches des usagers de soins critiques, particulièrement lorsqu'ils sont soumis à des tensions extrêmes telles la participation aux décisions de fin de vie, risquent eux aussi de souffrir de symptômes de stress post-traumatique (Azoulay et al., 2005; Jones et al., 2004).

Il appert donc que l'épisode de soins critiques revêt des particularités importantes, et ce, à de nombreux égards. Les caractéristiques qui lui sont propres doivent être prises en compte lorsqu'on mesure la qualité des soins fournis pendant cette période et celles-ci doivent transparaître dans les outils qui visent à la mesurer. La section suivante présente sommairement les principaux outils de mesure de la qualité en soins critiques.

Mesure et évaluation de la qualité des soins critiques

La mesure de la qualité doit être réalisée de manière établie, organisée et crédible en fonction des dimensions retenues (Donabedian, 1980). D'une part, les praticiens ont la responsabilité éthique et déontologique d'exercer le contrôle de leur pratique et de corriger les erreurs afin d'améliorer de façon continue la qualité des soins dispensés. D'autre part, les gestionnaires sont imputables des résultats atteints par leur équipe et c'est un défi de diriger une organisation dans une perspective d'amélioration continue de la qualité (Harrigan, 2000). Schmadl (1979) et Grenier (1998) proposent que la qualité est dynamique et se déplace sur un continuum sur lequel elle évolue selon diverses conditions et perspectives d'analyse, ce qui confirme la possibilité de sa mesure.

Toutefois, certains outils de mesure de la qualité portant sur l'épisode de soins critiques ont été conçus à cette fin mais, tel que déjà mentionné, la majorité de ceux-ci sont unidisciplinaires en ce sens qu'ils ont été conçus selon une approche médicale ou encore pour mesurer la qualité des soins infirmiers.

Concernant les soins infirmiers en soins critiques, le *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)* est un instrument fiable qui permet de consigner une variété de processus tant de monitoring, que diagnostiques et thérapeutiques, mais utilisé dans le but de mesurer la charge de travail (Knaus, 2002). Plus récemment, l'*Intensive Care Nursing Scoring System (ICNSS)* a été validé dans la même intention (Pyykko et al., 2004).

De leur côté, Thornton, Whitehead et Goldstone ont proposé, en 1991, un instrument spécifique à la mesure de la qualité des soins critiques, le *ICU Monitor*, constitué de 372 questions visant à noter l'accomplissement d'une liste exhaustive d'activités cliniques. Celles-ci portent entre autres sur des soins infirmiers généraux, sur divers soins reliés au maintien de l'équilibre hydroélectrolytique et sur des soins d'hygiène, de l'admission de l'usager à l'unité des soins intensifs jusqu'à son départ, la qualité étant liée au fait que ces activités aient été effectuées ou non (Plowright, 1995). C'est un outil destiné à faire des *Quick* audits des soins infirmiers seulement et qui ne peut être utilisé tel quel dans toutes les unités de soins intensifs, bien qu'il mesure la présence d'éléments liés à la structure, aux processus et aux résultats. Enfin, son utilisation requiert un investissement de temps important, compte tenu de la longueur de l'outil.

En 1996, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec publie la brochure *L'exercice infirmier en soins critiques*, basée sur les éléments du métaparadigme infirmier et propose 14 domaines d'évaluation de la qualité de l'exercice infirmier dans les soins intensifs. Chaque domaine est divisé en éléments organisationnels, éléments de l'exercice et indicateurs de résultats chez l'usager, faisant ainsi référence à la classification de Donabedian (1980). Il s'agit davantage d'un outil de réflexion sur le contexte de la qualité des soins critiques que d'un outil de mesure.

Quant au *Clinical Nursing Situation Index (CNSI)*, il vise à mesurer et à évaluer la qualité et la sécurité des soins infirmiers (Binnekade et al., 2001). Il cible sept

domaines principaux à partir de processus ou de procédés de soins tels l'administration de la médication et la ventilation mécanique. C'est un outil destiné exclusivement à la mesure des soins infirmiers; il ne traite que du volet processus de soins mais il est basé sur des données probantes en la matière. Enfin, l'Association américaine des infirmières de soins intensifs a élaboré, en 1998, le modèle synergique (*Synergy Model*) qui relie la pratique et les résultats chez les usagers et les proches dans les unités de soins critiques (Curley, 1998).

Il décrit la pratique infirmière en la basant sur les caractéristiques et les besoins des usagers et la demande de l'environnement de soins. Les compétences de l'infirmière sont guidées par les caractéristiques de l'utilisateur et, lorsque ces dernières s'agencent avec les capacités de l'infirmière et forment une synergie, les résultats chez l'utilisateur sont optimaux (Cohen, Crego, Cuming, & Smyth, 2002; Curley, 1998; Ecklund & Stamps, 2002; Hardin & Hussey, 2003; Kaplow, 2003). Dans ce modèle, l'utilisateur et ses proches sont des participants à part entière. L'interaction est réciproque et coconstituée dans le fait que chaque personne existe au regard des autres, c'est-à-dire que le patient a besoin de soins infirmiers et que le rôle de l'infirmière est justifié par la présence d'un patient et d'une famille à soigner (Collopy, 1999; Curley, 1998).

Selon plusieurs auteurs, le modèle synergique s'avère facile à utiliser, efficace et efficient avec la clientèle des soins critiques (Collopy, 1999) tout comme avec celle des unités de soins intermédiaires (Ecklund & Stamps, 2002), car il permet de reconnaître les problèmes, d'anticiper le niveau de soins requis et d'éviter des complications potentielles en agencant les besoins de l'utilisateur aux compétences de l'infirmière (Collopy, 1999). Il peut également être utilisé par les professionnels d'une équipe interdisciplinaire, guidés par une infirmière en pratique avancée et spécialisée en soins critiques (Annis, 2002). Par ailleurs, bien qu'Hartigan (2000) l'ait employé afin de déterminer les ratios infirmières/patients à partir des besoins de ces derniers, la vocation initiale de cet outil n'est pas de servir à des fins de mesure de la qualité des soins.

Toutefois, certaines activités relatives au monitoring et à l'amélioration de la qualité des soins critiques méritent d'être soulignées. Tout d'abord, l'engagement de la *Society of Critical Care Medicine* (2005) au *Right Care, Right Now* s'articule dans une démarche qui s'apparente à celle d'amélioration continue de la qualité.

La première étape, *Learn it*, propose la participation aux programmes de formation continue développés par des groupes d'experts de diverses professions. L'apprentissage se fait également en côtoyant les membres de l'équipe interprofessionnelle, en échangeant avec eux et en consultant régulièrement les données probantes. La seconde étape, *Deliver it*, consiste à fournir des soins centrés sur l'utilisateur de manière compétente et avec compassion. L'accent est mis sur la manière de fournir les soins et sur la gestion de l'unité. La troisième étape, *Measure it*, comporte les activités de mesure de la performance et la comparaison des résultats avec les propres résultats antérieurs de l'unité et avec ceux d'autres unités de soins critiques. La dernière étape, *Improve it*, touche le développement et l'implantation de programmes d'amélioration et de mesures sécuritaires afin de produire un impact positif sur les résultats des usagers. Enfin, la *Society of Critical Care Medicine* (2005) propose également toute une série d'outils afin de favoriser la mise en place de l'approche proposée.

Au Canada, un groupe interdisciplinaire de la région de Calgary travaille également à améliorer la qualité des soins critiques à partir d'une démarche d'amélioration continue. Esmail, Kirby, Inkson et Boiteau (2005) s'affairent à instaurer des protocoles interdisciplinaires concernant de nombreux aspects des soins critiques tels la prévention des pneumonies nosocomiales et la prévention des ulcères de stress chez les usagers. Des protocoles sont également en élaboration sur quelques aspects plus relationnels des soins comme la satisfaction des membres de la famille et la communication à l'intérieur de l'équipe de soins. Au Québec enfin, le Conseil de qualité en santé du Québec, devenu, depuis mars 2007, le Centre de la qualité en santé (division Québec) est en pleine collecte de données afin de produire des indicateurs de la qualité des soins intensifs. Ces derniers portent également sur des indicateurs relatifs à l'état physique de l'utilisateur (Conseil de la qualité en santé du Québec (CQSQ), 2006).

Il appert donc qu'il n'existe aucun outil permettant de mesurer la qualité des soins fournis dans les unités de soins critiques qui tienne compte de l'ensemble des aspects des soins qui y sont fournis, et encore moins si l'on considère l'apport des divers professionnels. La perspective de l'utilisateur et de ses proches est également absente et les critères proposés ne visent pas à opérationnaliser les dimensions du construit de qualité

de soins critiques. Plus encore, ces dimensions ne sont même pas établies et les critères, bien que portant dans certains cas sur la structure, les processus et les effets des soins, sont souvent regroupés autour d'activités cliniques ou de types d'appareillage en place.

Afin d'arriver à produire des critères qui représentent adéquatement et de manière unique le construit de qualité des soins critiques, l'étape subséquente consiste à révéler les dimensions qui lui sont propres. La section suivante rappelle la définition retenue et fait état des dimensions du construit de qualité des soins critiques.

Dimensions du construit de qualité des soins critiques

Donabedian (1980, 1986) affirme que la qualité des soins doit d'abord être définie avant d'être évaluée. Issue d'une analyse de la revue des écrits, la définition de la qualité des soins critiques introduite au premier chapitre est reprise ici, à savoir *fournir au moment opportun, à une personne dont l'intégrité de la vie est menacée et à ses proches, des soins compétents aux plans technique, relationnel et éthique, dans un environnement optimal, avec les meilleurs résultats possibles en matière d'amélioration de l'état de santé ou de confort et au regard de la satisfaction de l'utilisateur et de ses proches, et de l'efficience du système de soins*. La pertinence et le bien fondé de cette définition ont été démontrés au chapitre précédent.

Les 10 dimensions du construit de qualité des soins critiques proposées sont retenues en tenant compte des caractéristiques et des besoins des usagers hospitalisés dans ces unités de soins et de leurs proches et considèrent l'ensemble des soins fournis. Elles sont dérivées en partie des dimensions du concept de services santé et services sociaux de Côté et McNeil (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995) et, à l'instar de ce modèle, sont regroupées sous des secteurs qui traduisent, de façon globale, des subdivisions ou des domaines plus spécifiques auxquels sont associées les dimensions. Les secteurs et les dimensions du construit de qualité des soins critiques apparaissent au Tableau 5.

Tableau 5

Secteurs et dimensions du construit de qualité des soins critiques

Secteurs			
Organisationnel	Téléologique	Relationnel	Professionnel
Touche l'organisation des services, fait référence à l'environnement et au contexte qui en assure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort, les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent assurer ou non la rapidité, et la continuité.	Fait référence aux effets intermédiaires et globaux des soins de santé en ce qui a trait à l'amélioration de l'état de santé, au confort et à la satisfaction de la personne. Fait également référence au rapport coûts/bénéfices.	Concerne la relation qui s'établit entre le personnel et l'utilisateur. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.	Touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.
Dimensions	Dimensions	Dimensions	Dimensions
Accessibilité Confort Continuité	Efficacité Efficience	Empathie Respect	Fiabilité Pertinence Responsabilisation

À partir du modèle initial, la dimension de pertinence a été ajoutée au secteur professionnel. Un secteur téléologique a été créé et regroupe les dimensions d'efficacité et d'efficience. Les dimensions d'intimité, d'apaisement, de solidarisation et de simplicité ont été retirées et seront jointes à des dimensions qui leur sont apparentées.

Le choix du regroupement des dimensions répertoriées dans la recension des écrits est le fruit de notre réflexion. Il est clair qu'à certains égards, d'autres associations auraient pu être privilégiées. De même, certaines dimensions auraient également pu demeurer des entités propres. Cependant, aucun regroupement n'est parfait puisque les dimensions ne sont ni mutuellement exclusives ni hiérarchiques. Toutefois, certaines dimensions doivent nécessairement en précéder d'autres dans la séquence de soins, telle l'accessibilité avant la continuité et l'efficacité.

La première étape est donc de s'assurer que les dimensions choisies reflètent de manière adéquate la définition de la qualité des soins critiques adoptée. Les dimensions d'*accessibilité* et de *continuité* rendent compte du fait de *fournir au moment opportun* des soins à *une personne dont l'intégrité de la vie est menacée*. La dimension de *responsabilisation* permet la participation des *proches*. La dispensation *des soins compétents aux plans technique* s'arrime à la dimension *fiabilité*, alors que l'aspect *relationnel* se reflète dans les dimensions *respect* et *empathie*. L'aspect *éthique* se reflète notamment dans la *pertinence* des soins mais sera repris de manière plus globale un peu plus loin. L'*environnement optimal* est pris en compte dans la dimension *confort*, et les dimensions d'*efficacité* et d'*efficience* des soins rendent compte du volet *avec les meilleurs résultats possibles en matière d'amélioration de l'état de santé ou de confort et au regard de la satisfaction de l'utilisateur et de ses proches et de l'efficience du système de soins*. Les dimensions du construit de qualité des soins critiques seront ensuite rendues opérationnelles par des critères portant soit sur des éléments de structure, de processus ou de résultat des soins. Puisque les dimensions choisies s'accrochent parfaitement à la définition du construit de qualité des soins critiques, l'étape suivante est donc de définir chacune d'entre elles et de les placer en perspective dans un contexte de soins critiques.

Secteur organisationnel

Le secteur organisationnel fait référence aux caractéristiques du milieu dans lequel les soins se déroulent et comporte trois dimensions. L'*accessibilité* est définie comme la « caractéristique qui rend possible l'accès aux services sur le plan de la géographie, des installations physiques, des horaires, de la langue et de la culture » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a, p. 15). Elle inclut la disponibilité, l'équité, la rapidité et le fait que les soins soient fournis à temps, au bon moment. L'équité est définie comme « la conformité à un principe qui détermine ce qui est juste et honnête, dans la distribution des soins de santé et de ses bénéfices à travers la population » [traduction de l'auteure] (Donabedian, 2003, p. 24). Elle dépend tout d'abord de l'accessibilité aux soins puis de l'efficacité et de l'acceptabilité des soins reçus (Donabedian, 2003).

De son côté, Palmer (1991) considère que l'accessibilité peut être influencée à plusieurs égards. Elle soulève tout d'abord l'aspect financier des pays où la gratuité des soins de santé n'est pas établie, en ce qui concerne la capacité pour l'utilisateur de souscrire à une assurance personnelle ou de se payer les soins requis. Palmer (1991) insiste également sur le fait que les soins doivent être obtenus au moment où ils sont nécessaires, compte tenu des délais d'attente et parfois des contraintes budgétaires, et sur l'importance, pour le professionnel, de reconnaître le besoin de soins de l'utilisateur. Quant à Saucier et Brunelle (1995), ils soutiennent que l'accessibilité peut être considérée au plan géographique, financier, social, ethnique et psychique. Enfin, Côté et McNeil (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995) soulèvent également la notion d'accessibilité à l'information.

En matière d'accessibilité, les unités de soins critiques éprouvent régulièrement des difficultés et l'éventualité d'obtenir un lit dans une unité de soins intensifs n'est pas toujours simple. Certaines chirurgies sont même reportées faute d'un lit disponible aux soins intensifs. En effet, les soins se complexifient, les usagers souffrent de plus en plus de pathologies multiples et la science médicale repousse chaque jour ses limites un peu plus loin. De plus, ce qui n'améliore pas les choses, il y a pénurie de main d'œuvre spécialisée dans plusieurs grands centres, ce qui occasionne la fermeture de lits disponibles, faute de personnel.

Quant au fait que les soins soient fournis à temps, cet aspect est en étroite relation avec la rapidité d'intervention. Cette dernière est sans conteste un élément important dont il faut tenir compte en matière de qualité des soins critiques, car les résultats de nombreuses activités de soins y sont reliés, comme la réanimation cardiorespiratoire, la thrombolyse cérébrale, la dilatation coronarienne et la gestion des états de choc. La rapidité à identifier le problème et à porter un jugement adéquat sur l'état de l'utilisateur tout comme la diligence dans les gestes mêmes qui constituent les soins sont des facteurs importants qui font souvent la différence entre le rétablissement ou le décès de l'utilisateur.

Par ailleurs, l'accessibilité à l'information pour l'utilisateur et ses proches est également un aspect important que doivent privilégier les professionnels qui œuvrent dans les unités de soins critiques (Benner, 1999). La communication « est le lien

organique qui permet aux individus d'entrer en contact, d'échanger, et, par conséquent, de vivre et de travailler en groupe » (Côté, 1991, p. 105). Elle porte également sur le contenu de l'information transmise, que ce soit des renseignements sur l'état de l'usager ou de l'enseignement, en matière de clarté, de facilité de compréhension et de pertinence pour l'usager et ses proches.

En effet, la communication avec un usager qui séjourne dans une unité de soins critiques n'est pas toujours facile compte tenu de son état d'éveil, de son état de conscience et de sa capacité de collaborer. Les usagers reçoivent généralement une sédation et une analgésie importantes, sont parfois intubés et ventilés mécaniquement, quand ils ne sont pas tout simplement confus et désorientés. Quant aux proches, les professionnels ont à gérer de nombreuses situations de crise et le stress éprouvé par les membres des familles fait que les informations transmises sont souvent incomprises. Les professionnels doivent être capables de gérer les communications avec les proches s'ils veulent les soutenir et obtenir leur collaboration.

Le *confort* est le « sentiment de bien-être résultant d'un environnement physique chaleureux, caractérisé par des lieux sécuritaires, propres et ordonnés » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a, p. 16). Les caractéristiques de l'aménagement physique des lieux telles la disponibilité de chambres fermées, une température ambiante agréable et la propreté des aires de soins peuvent rendre compte de l'aspect davantage environnemental de cette dimension.

La *continuité* est la « qualité assurant une prestation de services dépourvue de rupture dans la prise en charge de l'usager et la circulation de l'information » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a, p. 15). Elle inclut la collaboration et la coordination. La coordination peut être décrite comme le processus par lequel les éléments et les relations des soins de santé sont imbriqués les uns dans les autres pendant toutes les séquences de l'épisode de soins (Donabedian, 1980). Quant à la collaboration, D'Amour (2002) définit la notion de collaboration interprofessionnelle comme « la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance à travers le partage d'information et la prise de décision dans les processus cliniques » (p. 344). Pour atteindre la réussite, les principes

initiaux de la collaboration interprofessionnelle doivent tenir compte d'une dimension structurelle ou organisationnelle, d'une dimension politique et d'une dimension morale, car le succès passe par le nécessaire changement de structure, le partage du pouvoir et des décisions, et l'adhésion à des valeurs collectives communes (D'Amour, 2002).

Dans les épisodes de soins qui incluent un séjour de l'utilisateur en soins critiques, la continuité des soins doit être étroitement assurée afin d'obtenir un résultat optimal. En effet, compte tenu du nombre important d'intervenants et des plans de traitement souvent complexes, la continuité et la coordination des soins sont des points charnières à cet égard. De plus, les intervenants ont souvent des opinions divergentes en matière de traitement idéal et leur concertation est nécessaire dans le choix de ce dernier afin de coordonner les activités de soins qui en découlent. La continuité se traduit par une communication efficace, verbale et écrite, entre les intervenants, tant au plan disciplinaire qu'interdisciplinaire, et par la mise en place d'un plan de traitement ayant fait l'objet d'un consensus. De plus, comme l'utilisateur est souvent incapable de communiquer lui-même ses besoins, il est nécessaire que l'objet de cette continuité ne porte pas seulement sur l'état physique de l'utilisateur ou sur l'heure de la prochaine dose de médicament à administrer, mais également sur les données recueillies sur son état psychologique, ses préférences et les moyens privilégiés afin d'entrer en communication avec lui. Enfin, les proches doivent également faire l'objet de soins continus.

Secteur téléologique

Le secteur téléologique porte sur les effets des soins et regroupe deux dimensions. L'*efficacité* est ainsi définie par Donabedian (2003), à savoir « la capacité de la science et de la technologie de santé de produire une amélioration de l'état de santé de l'utilisateur dans certaines circonstances » [traduction de l'auteure] (p. 4). Les entités de science et de technologie devraient toutefois inclure, outre les facteurs biologiques, les sciences du comportement (Donabedian, 2003). L'AHQ (1995) précise que des soins « seront efficaces s'ils produisent les effets désirés et s'ils atteignent les objectifs et les résultats escomptés avec un minimum d'inconvénients, d'inconfort ou d'effets secondaires indésirables » (p. 12). L'amélioration de l'état de santé doit donc ici être prise dans son sens le plus large, c'est à dire que des soins efficaces devraient également

assurer une gestion optimale de la douleur et des symptômes de l'usager dont l'état de santé ne peut être amélioré et induire sa satisfaction et celle de ses proches. Toutefois, certains auteurs distinguent *efficacy* (résultats obtenus dans des conditions optimales ou efficacité potentielle) d'*effectiveness* ou *patient outcomes* (résultats obtenus dans des conditions concrètes réelles ou efficacité réelle) (Pineault & Daveluy, 1995). Le terme « efficacité » sera utilisé dans le présent document au sens de l'effet obtenu dans les conditions réelles et concrètes de la situation de soins.

L'*efficience* est « la capacité de diminuer les coûts des soins sans diminuer les objectifs qui peuvent être atteints en ce qui concerne l'amélioration de l'état de santé. Elle s'exprime par le rapport de l'amélioration de l'état de santé espérée sur les coûts des soins » [traduction de l'auteure] (Donabedian, 2003, p.9). La dimension d'efficience inclut l'optimalité qui correspond au meilleur rapport possible coût des soins de santé versus les bénéfices retirés par l'usager au plan de l'amélioration de son état (Donabedian, 2003). L'efficience peut être divisée en trois volets principaux, soit l'efficience clinique, l'efficience de production ou de gestion et l'efficience de distribution (Donabedian, 2003).

Le volet de l'*efficience clinique* dépend des connaissances, du jugement et des habiletés cliniques des professionnels (Donabedian, 2003). Il soulève également tout l'aspect éthique du maintien ou de l'arrêt de traitement et se rapporte étroitement à la dimension de pertinence. Les soins fournis ne doivent pas causer de tort, être inutiles ou peu efficaces et ces questions sont débattues au quotidien dans les unités de soins critiques. Quant aux événements négatifs, ils démontrent l'inefficience et l'incapacité du système à prévenir leur apparition (Donabedian, 1988).

L'*efficience de production* ou de gestion dépend des choix organisationnels des gestionnaires, indépendamment des choix cliniques des professionnels (Donabedian, 2003). Cependant, il ne devrait pas exister de clivage entre les entités bureaucratiques et professionnelles, et les décisions devraient être prises d'un commun accord (Donabedian, 2003). Le partenariat clinico-administratif concourt sans contredit à l'amélioration des performances financières des unités de soins critiques.

L'*efficience de distribution* touche peu les unités de soins critiques au Canada au sens où Donabedian (2003) l'entend, soit de répartir les soins à travers les différentes

classes d'usagers de manière proportionnelle à l'amélioration attendue en matière de santé. Cette dimension est davantage sociétale.

Secteur relationnel

Le secteur relationnel porte sur tous les aspects qui touchent les relations entre l'utilisateur et ses proches et les professionnels, et regroupe deux dimensions. Le *respect* a pour objet « la considération que mérite une personne en raison de la valeur humaine qu'on lui reconnaît et qui nous porte à nous conduire envers elle avec réserve et retenue. Le respect implique l'acceptation de la différence » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a, p. 13). Le respect inclut ici les notions d'intimité, de dignité, de confidentialité tout comme la simplicité et des habiletés en matière de relations interpersonnelles telles la courtoisie et la patience. L'utilisateur doit être traité comme une personne à part entière même si, dans les unités de soins critiques, la centralisation des soins sur l'aspect physique, tout comme la réduction de l'individu à un ensemble de systèmes qu'il faut stabiliser, est fréquente. Le respect doit également se refléter dans toutes les relations entre les professionnels et les proches de l'utilisateur.

Les unités de soins critiques sont également des endroits particulièrement à risque en matière de manquement à l'intimité et à la confidentialité, compte tenu de l'urgence fréquente des situations et de la préoccupation des intervenants pour la rapidité d'intervention et l'aspect technique des soins. De plus, comme il n'y a souvent qu'un rideau qui sépare deux usagers, les espaces ouverts et l'abondance des intervenants favorisent la circulation de l'information et les manquements à la confidentialité, tout comme la circulation de l'utilisateur d'un service diagnostic à l'autre.

L'*empathie* est « une attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive de l'utilisateur, une considération de la globalité de sa personne » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a, p. 13). Elle inclut le *caring*, la chaleur humaine, le fait que la relation soit personnalisée, l'ouverture à l'autre, l'apaisement et le soutien. L'empathie est une qualité essentielle chez les professionnels de la santé qui est mise à contribution au maximum avec les usagers des soins critiques

et leurs proches, compte tenu de leurs besoins émotifs et affectifs intenses, en plus des besoins physiologiques de l'utilisateur. L'empathie se manifeste par une écoute attentive et une attitude de compréhension face à la situation vécue. Les professionnels des soins critiques sont très sollicités au plan des habiletés techniques et des connaissances cliniques, mais il est toutefois essentiel que les intervenants s'attardent à ces dimensions qui prennent souvent moins de temps qu'ils ne le croient afin d'écouter l'utilisateur et ses proches, de les calmer, de les rassurer et de leur apporter du soutien.

Secteur professionnel

Le secteur professionnel est concerné par les trois dimensions qui touchent la prestation des soins proprement dite. La *fiabilité* correspond à « l'aptitude des personnes à accomplir leurs pratiques professionnelles ou à réaliser leurs interventions dans des conditions appropriées, sécuritaires et dignes de confiance » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a, p. 14). Elle inclut l'aspect technique des soins et la sécurité de ceux-ci. La fiabilité implique la compétence, la cohérence, la rigueur et la transparence des professionnels. L'aspect technique des soins porte sur l'ensemble des activités de soins, de l'évaluation clinique au suivi du traitement, tant au plan de l'exactitude du geste posé que de la réflexion qui l'a induit. La nature et la complexité des soins dispensés dans les unités de soins critiques, alliées aux besoins constants de mise à jour tant des procédures et des protocoles que des intervenants en matière de données probantes, justifient la pertinence de cette dimension.

Bien que l'aspect sécurité des soins ne puisse être négligé chez aucun groupe d'utilisateurs, celui des unités de soins critiques nécessite, plus que tout autre, d'être à l'abri des accidents de parcours qui peuvent survenir lors d'une hospitalisation. Souvent fragilisé par des problèmes touchant plusieurs systèmes, immunodéprimé et parfois dénutri, l'utilisateur qui séjourne dans une unité de soins critiques fait également face à de nombreux agents microbiens et est fréquemment soumis à nombre de procédures potentiellement iatrogéniques. L'utilisateur reçoit également plusieurs médicaments qui altèrent son état de conscience et sa mobilité, avec des répercussions rapides sur l'ensemble de son organisme. Tous ces facteurs le rendent hautement vulnérable.

La *pertinence* signifie que les soins sont appropriés aux besoins de l'utilisateur (Association des hôpitaux du Québec-AHQ, 1995) et centrés sur ceux-ci (*patient centered care*). Elle regroupe l'acceptabilité, c'est-à-dire que les soins sont en accord avec ses désirs, attentes et valeurs et ceux de sa famille, et la légitimité, soit leur conformité aux préférences sociales également, telles qu'elles sont exprimées dans des principes éthiques, des valeurs, des mœurs, des lois et des règlements (Schmele & Donabedian, 1996). Les aspects éthiques et moraux des soins de santé sont intimement imbriqués à cette dimension du construit de qualité des soins critiques. Ils feront toutefois l'objet d'une attention particulière une fois l'ensemble des dimensions détaillées.

Pour Donabedian (2003), l'acceptabilité comporte cinq sous-dimensions, soit l'accessibilité, la relation entre l'utilisateur et le professionnel, l'état des lieux où les soins sont prodigués, le respect des préférences de l'utilisateur quant aux effets, aux risques et aux coûts des soins et à ce que l'utilisateur considère comme étant juste et équitable. La pertinence des soins est un point charnière en matière de soins critiques compte tenu des nombreux facteurs qui influencent l'évolution de l'état de l'utilisateur et le pronostic qui en découle. Les volontés de l'utilisateur et de ses proches doivent être respectées dans la mesure du possible, compte tenu de la situation unique de chacun. Des soins qui n'offrent aucun bénéfice à l'utilisateur sont futiles et les professionnels ont le devoir de les remettre en question.

La *responsabilisation* est une « action destinée à accroître l'autonomie de l'utilisateur et sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne » (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a, p. 14). Le respect de l'autonomie signifie de tenir compte des droits des personnes à l'autodétermination concernant le déroulement de leur vie et leur intégrité physique et psychologique (Povar, 1991). Le maintien de l'autonomie de l'utilisateur et de sa capacité de décider est souvent remis en cause lors d'un épisode de soins critiques, car il en découle généralement une période de dépendance totale envers les professionnels, du moins en matière de soins physiques. La dimension de responsabilisation doit être prise en compte afin que l'utilisateur et ses proches soient informés et consultés dans les décisions cliniques qui le

concernent. Elle inclut également la solidarisation, qui porte sur l'implication et la participation des proches, car leur contribution est essentielle au rétablissement de l'usager.

Une fois les dimensions du construit de qualité des soins critiques établies, une attention particulière doit être portée à l'aspect éthique des soins. Le mot « éthique » vient du grec *éthos* qui désigne les mœurs, la conduite de la vie et les règles de comportement (Durand, 2005) et, au plan étymologique, il représente la même réalité que le mot morale. L'éthique couvre trois volets, soit, dans un premier temps, le questionnement, la réflexion sur les normes ou les règles de conduite, l'analyse des valeurs et la réflexion sur les fondements des obligations ou des valeurs; dans un second temps, elle intègre la systématisation de cette réflexion et, enfin, elle touche la pratique concrète et la réalisation des valeurs (Durand, 2005).

Il apparaît donc clairement que l'aspect éthique ne peut être expurgé de chaque dimension pour en faire une dimension propre et ne peut être mesuré de manière univoque. Il est *supra* à toutes les dimensions et présent dans chacune d'elle. Il devra toutefois être mis en lumière par la rédaction de critères qui révèlent la préoccupation d'en tenir compte dans les dimensions pertinentes.

Les dimensions du construit de qualité des soins critiques doivent maintenant être rassemblées autour d'un modèle intégrateur de la qualité des soins critiques qui démontre la possibilité de rallier les points de vue des divers acteurs et de prendre en considération les divers domaines de la qualité. Un cadre commun fournira aux intervenants l'opportunité d'identifier les divers facteurs qui y contribuent et leur permettra de définir concrètement leur contribution. La section suivante fait état du modèle proposé.

Cadre conceptuel intégrateur de la qualité des soins critiques et ses dimensions

Quelques constats doivent initialement être dégagés afin de servir de balises au développement du cadre conceptuel intégrateur de la qualité des soins critiques. Tout d'abord, il est clair qu'aucun élément n'est seul responsable de la qualité des soins et il existe une interaction et une influence réciproque entre plusieurs variables reliées au système de soins et aux individus qui le composent, tant usagers et proches que

dispensateurs de soins. Par ailleurs, l'environnement dans lequel les soins sont fournis dépasse le simple aspect des lieux physiques et inclut l'existence de valeurs personnelles, sociales, professionnelles et éthiques qui doivent être intégrées lorsqu'on veut examiner la qualité des soins.

De plus, il existe une nécessité pour les professionnels de définir la contribution de leur discipline à la qualité des soins et d'en identifier les résultats pour s'intégrer dans un modèle interdisciplinaire. À cette fin, les concepts centraux du métaparadigme infirmier, soit la personne, la santé, le soin et l'environnement (Fawcett, 2000) peuvent servir d'ancrage disciplinaire en sciences infirmières en matière de qualité des soins. De plus, bien que des disciplines spécifiques aient des perspectives uniques de leur champ d'intérêt, il appert que les quatre concepts proposés sont tout à fait pertinents dans un contexte de soins critiques. Par ailleurs, lorsqu'ils ne sont pas reliés aux propositions qui identifient les cibles uniques de la discipline infirmière, ils ont alors une perspective neutre et ne reflètent pas un paradigme spécifique ou un modèle conceptuel (Fawcett, 2000), ce qui s'avère également congruent avec l'approche interdisciplinaire proposée.

Quant aux résultats, ils sont tributaires de tous les éléments de processus et favorisés par la présence de composantes adéquates en matière de structure, et ces trois éléments indissociables devraient être présents dans un modèle conceptuel de la qualité des soins. Enfin, aucun des modèles conceptuels de la qualité des soins présentés n'aborde ce concept dans une perspective d'interdisciplinarité, ce qui, compte tenu du contexte des soins critiques, devient un élément central à considérer.

À partir de ces prémisses, un modèle interdisciplinaire de la qualité des soins critiques est proposé. Il est illustré à la Figure 6. Il repose sur une adaptation du concept de services santé et services sociaux de Côté et McNeil (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005b; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995), intègre les éléments de structure-processus-résultats de Donabedian (1980) et tient également compte des quatre éléments du métaparadigme infirmier (Fawcett, 2000). Ainsi, la *personne* englobe l'usager et ses proches et les *soins* portent sur les processus spécifiques au diagnostic, au système et à la discipline. L'*environnement* est constitué du secteur organisationnel (environnement immédiat) mais également, au plan

macroscopique, du contexte et des valeurs sociales et éthiques. Enfin, la *santé* est présentée dans un sens large comme un résultat global de soins interdisciplinaires, c'est-à-dire incluant le soulagement des symptômes de l'utilisateur et sa satisfaction.

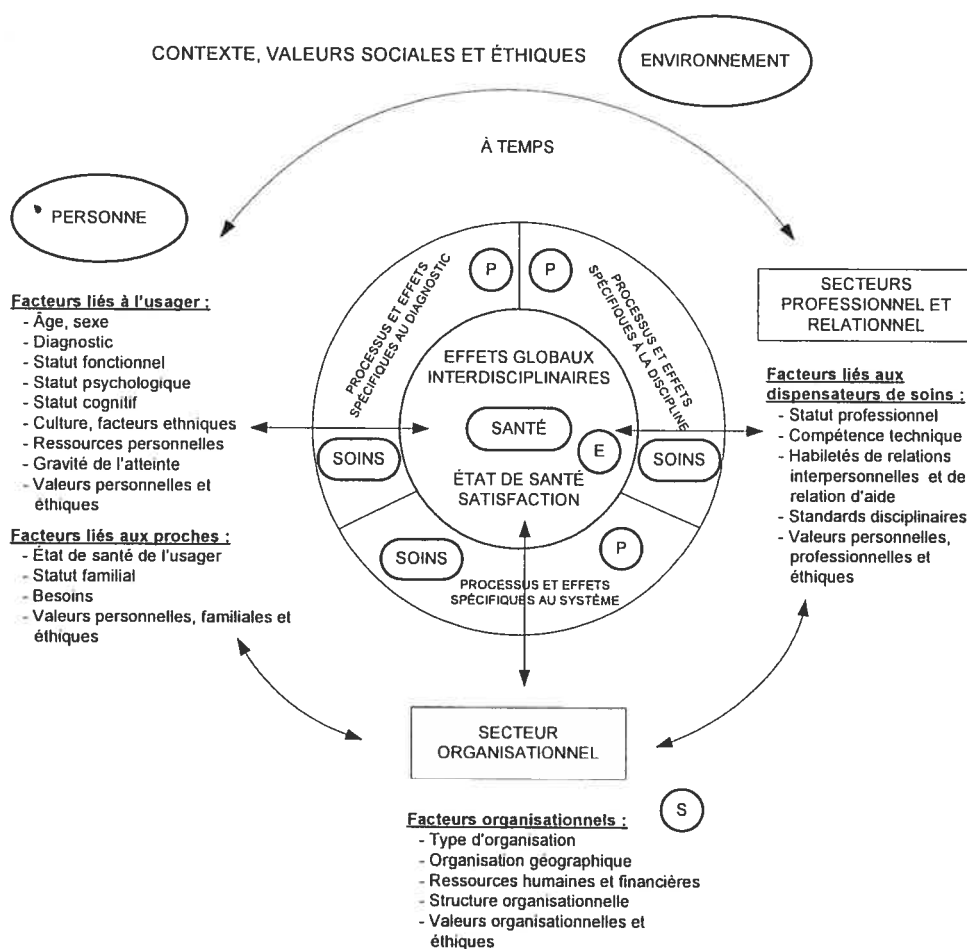


Figure 6. Modèle interdisciplinaire de la qualité des soins critiques.

Le tout s'articule à partir du cadre conceptuel de mesure de résultats de Johnson et al. (2000) et démontre bien la relation entre les résultats mesurés, les caractéristiques de l'utilisateur et celles des dispensateurs de soins, et les aspects relatifs à l'organisation. De plus, il propose à la fois la présence de résultats spécifiques à une discipline tout comme l'atteinte de résultats multidisciplinaires, ce qui est un élément central dans les unités de soins critiques. Le modèle tient compte des résultats globaux interdisciplinaires en matière d'amélioration de l'état de santé et de satisfaction, et des résultats intermédiaires des soins en relation avec le diagnostic, la discipline et le système.

La partie extérieure du cercle représente les facteurs liés à l'organisation, aux dispensateurs de soins et aux caractéristiques intrinsèques de l'utilisateur et de ses proches qui influencent les effets des soins et le temps nécessaire pour les atteindre. Le cercle intérieur représente les effets interdisciplinaires globaux comme des modifications de l'état de santé et le niveau de satisfaction quant aux soins reçus. Ils impliquent l'imputabilité de tous les intervenants, puisque tous partagent la responsabilité des effets des soins. Les effets globaux représentent plus que la somme des effets des soins de chacun des intervenants et rendent davantage compte d'un effet multiplicateur de ceux-ci.

Quant au cercle intermédiaire, il représente les processus et les effets selon trois approches complémentaires. Tout d'abord les processus et les effets spécifiques au diagnostic qui sont interdisciplinaires et utilisés dans les cheminements critiques et les instruments d'évaluation standardisés. Par la suite, les processus et les effets spécifiques à la discipline qui reflètent la pratique et les standards d'une discipline de soins de santé. Ces derniers standards sont importants pour évaluer la qualité de cette pratique. De plus, chaque discipline doit identifier et mesurer les effets chez l'utilisateur qui sont influencés par sa pratique afin de cibler le développement de la connaissance et de s'assurer que les standards de soins évoluent en même temps que la connaissance. Enfin, les processus et les effets spécifiques au système, qui ont trait à l'efficacité, à l'efficience, et aux résultats négatifs, et dont l'objet est également interdisciplinaire.

Des flèches bidirectionnelles sont ajoutées afin de représenter un volet de rétroaction à partir des effets obtenus comme facteur influençant en retour les processus de soins, l'utilisateur, ses proches, les professionnels et l'organisation. Il existe également une interinfluence des éléments de structure et de processus sur les effets, c'est-à-dire que les effets influencent à leur tour la structure et les processus de manière rétroactive. Il s'agit en fait d'un va-et-vient d'actions et de réactions à tous les niveaux. De plus, le modèle met en lien les effets mesurés avec les aspects relatifs à l'organisation, les caractéristiques de l'utilisateur et celles des dispensateurs de soins. Le modèle est complété en y ajoutant divers éléments tels les facteurs liés à la famille et les valeurs personnelles, professionnelles, organisationnelles, éthiques et sociales.

Dans les unités de soins critiques, les effets qui se produisent souvent pendant que les soins sont dispensés sont faciles à observer et guident la pratique et la conduite du traitement. Par ailleurs, l'analyse et l'évaluation des effets des soins provoquent sans contredit des modifications dans les comportements, les valeurs ou les attentes de chacun de ces groupes, sans quoi les activités de mesure et d'évaluation de la qualité des soins n'auraient pas lieu d'être, puisque le but ultime de l'évaluation est d'utiliser les résultats pour s'améliorer. Il est également fait état des processus afin de démontrer leur contribution à la production d'effets intermédiaires ou globaux. Ces processus peuvent être liés au diagnostic, au système ou spécifiques à une discipline et ils doivent nécessairement avoir lieu pour que se produise un effet chez l'utilisateur. Ils englobent les processus techniques et relationnels. Enfin, le concept d'interdisciplinarité est substitué à celui de multidisciplinarité, car il reflète davantage la nature des relations entre les professionnels qui œuvrent dans les unités de soins critiques.

Il appert donc que les outils de mesure et d'évaluation de la qualité des soins destinés aux unités de soins critiques doivent être le fruit des équipes interdisciplinaires qui assurent les soins à des usagers atteints de problèmes de santé complexes et à leurs proches, afin de susciter l'adhésion, la confiance mutuelle, la responsabilisation et la collaboration nécessaires à l'établissement et au maintien des liens interdisciplinaires (Berwick et al., 2003; Deutschendorf, 2003; Plowright, 1995; Rantz, 1995). De même, ils doivent considérer l'opinion de l'utilisateur et de ses proches afin de rendre compte à la fois de l'ensemble des dimensions des soins et du point de vue de toutes les personnes concernées.

À cette fin, la définition de la qualité des soins critiques proposée, tout comme le modèle suggéré et les dimensions retenues représentant le construit de qualité des soins critiques doivent être rendus opérationnels dans le monde empirique et traduits en représentations plus concrètes qui peuvent être quantifiées (Donabedian, 1988). Ce sujet est abordé en discutant initialement de quelques éléments essentiels dans ce contexte.

Éléments de mesure et d'évaluation

Une fois le construit défini, il s'agit maintenant, à partir des dimensions retenues, de formuler des normes et des critères qui en permettront la mesure (Fortin, Côté, & Filion, 2006). Une norme « est le point de référence du critère qui permet de porter un jugement » (Pineault & Daveluy, 1995, p. 415). Elle permet de rendre le critère explicite et sert de point de comparaison. Le jugement de valeur porté sur le critère l'est en fonction de la norme déterminée par les personnes qui procèdent à sa mesure ou par des instances cliniques ou professionnelles qui déterminent le seuil minimal que doit atteindre le critère mesuré.

Quant au critère, il découle d'un ensemble d'opérations empiriques et permet de classer une affirmation dans une catégorie donnée à la lumière de ses caractéristiques intrinsèques (Brunelle & Saucier, 1999; Idvall, Rooke, & Hamrin, 1997; Saucier & Brunelle, 1995). Un bon critère est à la fois valide, fidèle, sensible, robuste et spécifique (Brunelle & Saucier, 1999; Grenier & Rocheleau, 2001; Idvall et al., 1997; Saucier & Brunelle, 1995) et il faut habituellement plusieurs critères pour rendre compte d'un même phénomène. Ces critères sont ensuite regroupés dans un outil de mesure.

La construction d'outils de mesure de la qualité des soins doit donc reposer sur des critères spécifiques au groupe cible et un outil ne peut être utilisé indifféremment pour une population ou une autre sans avoir été précisément validé à cette fin (Haddad et al., 1999; Redfern & Norman, 1990; Roberge, Loiselle et al., 1998). Cette affirmation touche également le fait d'utiliser indifféremment un outil pour questionner les usagers et les proches s'il n'a pas été au préalable validé auprès des deux groupes. Certains auteurs affirment même que des outils différents seraient préférables (Moser, Dracup, & Marsden, 1993; Roberge, Lebel et al., 1998). Cependant, leurs affirmations n'ont pas été faites dans un milieu de soins critiques mais pour une population de personnes âgées et leurs proches aidants. Toutefois, lors de la validation de critères de qualité des soins et toujours dans ce même contexte, Bélanger (2006) et Fox (2002) affichent respectivement 90 % de consensus entre le groupe des usagers et celui des proches dans le premier cas et une divergence sur trois critères dans le second.

L'outil proposé se doit donc d'être valide et fidèle, et ces aspects doivent être définis. Puisque la présente recherche porte sur la validation de critères de qualité des

soins critiques, la notion de fidélité est abordée de manière succincte alors que celle de validité est détaillée davantage.

« La fidélité réfère à la précision et à la constance des mesures obtenues à l'aide d'un instrument de mesure. Le terme fidélité s'applique généralement aux échelles de mesure et le terme fiabilité plutôt aux instruments physiques » (Fortin et al., 2006, p. 282). La fidélité d'un instrument de mesure peut être évaluée au moyen notamment de la stabilité, de la consistance interne et de l'équivalence, cette dernière portant elle-même sur deux modalités d'évaluation, la fidélité des formes parallèles et la fidélité interjuges (Fortin et al., 2006).

La *stabilité* touche la concordance des résultats de deux mesures effectuées à des moments différents dans le temps (Laveault & Grégoire, 2002) alors que la *consistance interne* (homogénéité) se rapporte au degré de concordance entre tous les éléments de l'instrument de mesure, assurant ainsi que ces derniers font tous référence au même concept (Fortin et al., 2006). Quant à l'*équivalence*, elle porte sur la comparaison des résultats obtenus lors de deux prises de mesure avec deux formes équivalentes d'un même instrument (Fortin et al., 2006; Laveault & Grégoire, 2002) ou par deux observateurs mesurant le même événement avec le même outil (fidélité interjuges) (Fortin et al., 2006). La fidélité des résultats à un test est principalement affectée par les limites relatives aux calculs à effectuer et par les conditions empiriques dans lesquelles le test est administré (Laveault & Grégoire, 2002).

Toutefois, la fidélité de la mesure ne saurait avoir de place sans s'assurer préalablement de sa validité. En effet, même lorsqu'une mesure est précise, si le concept dont elle rend compte ne correspond pas à la raison d'être de celle-ci, peu importe que l'outil soit fidèle ou non, il n'accomplit pas sa fonction première. La validité se définit donc comme « un concept unitaire se rapportant non au test lui-même mais aux inférences faites à partir des résultats de celui-ci. Seules sont valides les inférences en faveur desquelles suffisamment d'arguments et de données empiriques ont pu être rassemblés » (Laveault & Grégoire, 2002, p. 164). Le Tableau 6 fait état des principaux types de validités de résultats à un test.

Tableau 6
Synthèse des différents types de validités des résultats à un test

Type de validités	Caractéristiques
Apparente	Évaluation superficielle de la qualité des items
De contenu	Évaluation formalisée de la qualité des items par des experts
En référence à un critère : concomitante	Évaluation du degré de corrélation des scores à l'item ou à l'échelle avec une mesure prise comme référence
En référence à un critère : prédictive	Évaluation de la prédiction d'une observation future réalisée à partir des scores à l'item ou à l'échelle
Conceptuelle ou théorique	Évaluation du sens à attribuer aux scores à l'item ou à l'échelle sur la base d'un monde théorique

Laveault et Grégoire (2002), p. 165.

La validation relative au contenu (ou nominale) des critères de qualité des soins critiques déduits de la recension des écrits s'avère un volet important du second objectif de cette recherche et le seul type de validation proposé dans cette thèse. Elle porte sur le caractère représentatif des items énoncés par rapport au concept à l'étude. « La validité de contenu est directement liée à la définition théorique du concept, à la définition précise de l'objet de l'étude et à la détermination des indicateurs qui servent à évaluer les comportements à observer » (Fortin et al., 2006, p. 287).

Les méthodes utilisées pour procéder à la validation de contenu, bien que s'inspirant de la même démarche, ne sont pas univoques, et les travaux de Benson et Clark (1982), de Laveault et Grégoire (2002) et de Lynn (1986) font état en cette matière. La méthode de Benson et Clark (1982) a été retenue dans la présente étude et sera détaillée davantage au chapitre suivant, traitant du choix de la méthode. La

procédure proposée consiste toutefois globalement, dans un premier temps, à définir le construit à l'étude au moyen d'une recension des écrits et à traduire celui-ci en critères.

Dans un second temps, un groupe d'experts est formé. Ceux-ci doivent être minutieusement choisis et avoir des connaissances de pointe et complémentaires (Burns & Grove, 2001). Il faut également leur fournir au préalable des instructions claires sur le concept étudié et les objectifs de l'étude; les attentes face à leur contribution doivent également leur être expliquées (Fortin et al., 2006; Lynn, 1986). Leur travail consiste à porter un jugement sur les critères proposés au moyen d'échelles formalisées. Cette démarche doit se répéter jusqu'à l'obtention d'un seuil de validité préalablement déterminé. Par la suite, les résultats de la première consultation sont revus, les réaménagements proposés par les experts sont effectués et un nouveau document est soumis à leur approbation.

Quelques méthodes existent afin de procéder à la validation de contenu. L'une d'entre elles est l'obtention d'un consensus entre les experts. Le consensus recherché est habituellement de 80 % et il est constitué de la moyenne des résultats obtenus par le critère, pour chaque facette étudiée, soit la clarté, l'importance et la pertinence, exprimée en pourcentage. L'approche par recherche de consensus permet d'estimer la validité des items proposés, car elle « s'appuie sur l'idée qu'un consensus, obtenu parmi un groupe de personnes connaissant bien la communauté ou les problèmes à l'étude, est suffisamment fiable pour qu'on puisse en utiliser avantageusement les résultats » (Pineault & Daveluy, 1995, p. 226). Cette approche fournit également aux critères une nécessaire légitimité professionnelle (Donabedian, 1986). Elle est largement utilisée, comme en témoignent notamment les travaux de Gagnon (2004), Lo et Li (2005), Ménard (2004) et Michaels (2006).

Une seconde méthode utilisée pour la validation de contenu d'un questionnaire ou d'un item qui le compose est le calcul de l'indice de validité du contenu (IVC) (Fortin et al., 2006; Laveault & Grégoire, 2002; Waltz, Strickland, & Lenz, 2005) également nommé pourcentage de concordance (Fortin et al., 2006). « Les informations données devraient permettre de juger de la pertinence, de la précision et de la représentativité des énoncés » (Fortin et al., 2006, p. 288). L'indice de validité de contenu d'un item correspond à la proportion du nombre de juges qui ont accordé un

pointage de 3 et 4 à cet item sur le nombre total de juges qui se sont prononcés. Un IVC de 0,80 ou plus est considéré comme acceptable pour valider un seul item ou un outil (Waltz et al., 2005). Les travaux de Fernandez et al. (2007), de Gagnon (2001) et de Wang, Tseng, et Chen (2007) par exemple, font état de l'utilisation de cette méthode.

L'indice de validité de contenu d'un outil correspond à la proportion des énoncés auxquels les experts ont accordé un pointage de 3 et 4 sur le nombre total d'énoncés du questionnaire (Fortin et al., 2006). Un coefficient de 0 indique un manque d'accord entre les juges alors qu'un coefficient de 1 indique un accord complet. Toutefois, il est à noter que l'accord ne signifie pas que le même pointage a été accordé par tous les experts mais plutôt que le rang relatif donné par un expert s'agence avec le rang relatif fourni par les autres experts (Waltz et al., 2005). Malgré la subjectivité de la validation de contenu par des experts, il est donc possible d'arriver à en tirer des conclusions valides qui pourront être confirmées dans des recherches empiriques ultérieures moyennant le respect d'une méthode rigoureuse (Laveault & Grégoire, 2002). Enfin, une fois validés au plan du contenu, les critères sont mis à l'essai dans le monde empirique et le processus de validation se continue.

Bien que le nombre d'experts requis pour s'acquitter de cette tâche ne fasse pas consensus, Burns et Grove (2001), Fortin et al. (2006) et Mishel (1998) s'accrochent aux travaux de Lynn (1986) en cette matière. Selon cette auteure, un minimum de cinq experts fournit un niveau de consensus suffisant et pourrait être réduit à trois dans des domaines où l'expertise est très rare. Cependant, le nombre maximal de juges n'a pas été fixé mais il ne devrait pas excéder 10 de beaucoup. Toutefois, Lynn (1986) propose une table pour guider le choix du nombre d'experts requis en fonction du niveau de consensus désiré. Elle apparaît au Tableau 7. La ligne brisée en escalier qui traverse le tableau proposé par Lynn (1986) démontre le nombre nécessaire de personnes en accord par rapport au nombre initial de juges afin d'obtenir un consensus de 80 % pour établir la validité de contenu d'un item. La partie grisée est le fruit d'une extrapolation de l'étudiante. Les indices inscrits au tableau sont le résultat de la division du nombre d'experts en accord par le nombre d'experts qui se sont prononcés.

Tableau 7

Proportion d'experts (au-dessus de la ligne) dont l'acceptation est requise pour établir la validité de contenu au-delà de 0,05 de niveau de signification

	Nombre d'experts en accord avec un item ou un outil														
Nombre d'experts consultés	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
2	1,00														
3	0,67	1,00													
4	0,50	0,75	1,00												
5	0,40	0,60	0,80	1,00											
6	0,33	0,50	0,67	0,83	1,00										
7	0,29	0,43	0,57	0,71	0,86	1,00									
8	0,25	0,38	0,50	0,63	0,75	0,88	1,00								
9	0,22	0,33	0,44	0,56	0,67	0,78	0,89	1,00							
10	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,80	0,90	1,00						
11	0,18	0,27	0,36	0,45	0,54	0,63	0,72	0,81	0,90	1,00					
12	0,16	0,25	0,33	0,41	0,50	0,58	0,66	0,75	0,83	0,91	1,00				
13	0,15	0,23	0,30	0,38	0,46	0,53	0,61	0,69	0,76	0,84	0,92	1,00			
14	0,14	0,21	0,28	0,35	0,42	0,50	0,57	0,64	0,71	0,78	0,85	0,92	1,00		
15	0,13	0,20	0,26	0,33	0,40	0,46	0,53	0,60	0,66	0,73	0,80	0,86	0,93	1,00	

Lynn (1986), p. 384.

Une fois ces considérants établis, le chapitre suivant expose les étapes de la méthode avec laquelle les critères du construit de qualité des soins critiques ont été élaborés et les démarches relatives à leur validation nominale.

Chapitre 3

Méthode

Le troisième chapitre fait état de la méthode utilisée afin de formuler et de valider les critères du construit de qualité des soins critiques. Dans un premier temps, les termes utilisés tout au long de l'étude sont définis. Dans un second temps, la méthode choisie est expliquée et justifiée puis les étapes du déroulement de l'étude sont présentées. Le plan d'analyse des données fait l'objet de la section suivante et les considérations éthiques qui ont prévalu tout au long de la recherche sont abordées par la suite.

Définition opérationnelle des termes

Cette clarification est essentielle, compte tenu de l'ensemble des sens possibles de chacun des termes et de la nécessité d'un vocabulaire univoque afin de cerner correctement le milieu de l'étude et d'être à même d'interpréter adéquatement les résultats obtenus. Les termes définis sont : 1) unités de soins critiques; 2) dimensions du construit de qualité des soins critiques; 3) norme; 4) critères de qualité; 5) usager; 6) proche; 7) professionnel; 8) questionnaire; 9) consensus; 10) indice de validité de contenu (IVC) 11) clarté; 12) importance; 13) pertinence.

Unités de soins critiques

Les unités de soins critiques regroupent des usagers qui nécessitent une surveillance étroite ou une intensité de soins plus grande, qui sont instables au plan physiologique, présentent des risques d'atteinte à l'intégrité de leur vie et pour lesquels un minimum d'espoir est permis (Brilli et al., 2001; Fairman & Lynaugh, 1998). Au plan opérationnel, les termes « unités de soins critiques » s'adressent ici à toute unité de soins intensifs accueillant des usagers adultes, à vocation médicale, chirurgicale ou polyvalente, à l'exclusion des salles de réveil et des services d'urgence, compte tenu des particularités de ces types d'unités.

Dimensions du construit de qualité des soins critiques

Les dimensions du construit de qualité des soins critiques sont les éléments que la recension des écrits a permis de dégager comme étant constitutifs de ce dernier. Ce sont : l'accessibilité, le confort, la continuité, l'efficacité, l'efficience, l'empathie, le respect, la fiabilité, la pertinence et la responsabilisation. Bien que ces termes aient été définis au plan conceptuel au chapitre précédent, il importe de le faire ici au plan opérationnel, afin d'éviter toute ambiguïté. De plus, certains éléments pourraient se retrouver dans l'une ou l'autre des dimensions, compte tenu que celles-ci ne sont pas mutuellement exclusives, ce qui justifie davantage la nécessité d'insister sur une définition opérationnelle de chacune des dimensions retenues.

Accessibilité. L'accessibilité est définie comme la disponibilité de différents aspects relatifs aux unités de soins critiques. Elle inclut la présence de tout l'équipement et de l'appareillage nécessaires en plus de la possibilité pour l'utilisateur d'avoir accès à l'unité de soins critiques et aux traitements nécessaires au moment opportun. Elle inclut également l'accessibilité des proches à l'unité de soins (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a), tout comme la disponibilité et la nature de l'information transmise à l'utilisateur et à ses proches.

Confort. Le confort porte sur le fait que l'environnement physique est agréable, propre et favorise le repos (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a).

Continuité. La continuité fait état d'une absence de rupture dans les services à l'utilisateur (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a). Elle inclut tous les aspects des relations interprofessionnelles qui mènent à des soins continus, tant au plan des outils que des aspects interpersonnels qui permettent la collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins.

Efficacité. L'efficacité touche les résultats des soins en matière d'amélioration de l'état de santé, de contrôle de la douleur et des autres symptômes et de satisfaction de l'utilisateur et de ses proches (Association des hôpitaux du Québec (AHQ), 1995).

Efficience. L'efficience clinique se rapporte ici à l'absence d'événements négatifs. Ce sont les erreurs de médicaments, les chutes, les infections nosocomiales, les

plaies de pression et les réadmissions à l'unité des soins critiques dans les 24 heures suivant le transfert (Donabedian, 2003).

Empathie. L'empathie est l'attitude adoptée par les professionnels dans leurs relations avec l'utilisateur et ses proches. Elle correspond à la chaleur des rapports entre les professionnels et l'utilisateur et sa famille, à la capacité des intervenants de les écouter, de les soutenir et de les rassurer (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a). Elle dépasse la simple courtoisie des relations et implique l'aspect de relation d'aide des professionnels et les habiletés de gestion de crise.

Respect. Le respect touche la considération que les professionnels portent à l'utilisateur et à ses proches (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a). Tous les éléments qui se rapportent à l'intimité physique de l'utilisateur, au maintien de sa dignité et à la confidentialité des informations qui le concernent, tant en termes d'aménagement des lieux qu'au plan relationnel, s'y rattachent. De même, le respect implique la politesse et la courtoisie dans les échanges interprofessionnels, tout comme dans les relations entre ces derniers et l'utilisateur et ses proches.

Fiabilité. La fiabilité correspond au fait que les interventions réalisées sont faites avec compétence et de manière sécuritaire (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a). Tous les moyens visant le maintien et la mise à jour des compétences des professionnels afin qu'ils dispensent des soins fiables se rattachent à cette dimension. Sont également inclus ici tous les aspects techniques des soins.

Pertinence. La pertinence s'attarde au fait que les soins soient appropriés aux besoins de l'utilisateur (Association des hôpitaux du Québec (AHQ), 1995). Elle touche également le fait que les soins soient proportionnels à l'état de l'utilisateur, c'est-à-dire que l'utilisateur peut en retirer des bénéfices et qu'ils ne prolongent pas indûment ses souffrances.

Responsabilisation. La responsabilisation porte sur le fait que l'utilisateur (et/ou ses proches) est responsable de ses choix et qu'il est impliqué dans les prises de décisions qui le concernent (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et

de services sociaux de Montréal, 2005a). De même, la présence des proches et leur participation aux soins sont des facteurs qui sont inclus dans la responsabilisation.

Critères de qualité

Un critère correspond à la définition suivante : « Caractère ou propriété d'un objet (personne ou chose) d'après lequel on porte sur lui un jugement d'appréciation » (Office québécois de la langue française, 2006). Les critères sont constitués de chaque énoncé de qualité des soins critiques sur lequel les informateurs clés ont dû se prononcer.

Norme

Une norme « est le point de référence du critère qui permet de porter un jugement » (Pineault & Daveluy, 1995, p. 415). Elle permet de rendre le critère explicite et sert de point de comparaison. Le jugement de valeur porté sur le critère l'est en fonction de la norme déterminée par les personnes qui procèdent à sa mesure ou par des instances cliniques ou professionnelles qui déterminent le seuil minimal que doit atteindre le critère mesuré.

Usager

Personne adulte ayant séjourné dans une unité de soins critiques pendant plus de vingt-quatre heures.

Proche

Toute personne, liée ou non par le sang, qui a un intérêt certain pour le bien-être de l'usager et que ce dernier considère comme signifiante à ses yeux.

Professionnel

Intervenant spécialisé formé pour prendre part aux soins d'un usager de soins critiques et de ses proches, soit médecin (généraliste, spécialiste ou intensiviste), infirmière, pharmacien, inhalothérapeute et physiothérapeute.

Gestionnaire

Infirmière dont la responsabilité principale est d'assurer la gestion de l'unité de soins critiques.

Consensus

Accord entre les personnes (Le nouveau petit Robert la langue française 2008, 2008, p. 513). Moyenne des résultats obtenus pour chaque paramètre de chaque critère.

Indice de validité de contenu

Proportion des items ayant obtenu un score de 3 et de 4 par l'ensemble des juges qui se sont prononcés (Waltz et al., 2005, p. 155).

Clarté

Qualité de ce qui est sans ambiguïté et facile à comprendre (Office québécois de la langue française, 2006). Fait référence à la précision du critère et au vocabulaire utilisé dans l'énoncé du critère.

Importance

Caractéristique de ce qui est de conséquence (Office québécois de la langue française, 2006). Niveau de concordance que l'informateur clé accorde entre la priorité de la présence du critère et la mesure de la qualité des soins critiques.

Pertinence

Caractère de ce qui est plus ou moins approprié, qui s'inscrit dans la ligne de l'objectif poursuivi (Office québécois de la langue française, 2006). Niveau de concordance entre la présence du critère et la dimension de la qualité des soins critiques qu'il représente.

Choix et justification de la méthode utilisée

Benson et Clark (1982) proposent un ensemble d'étapes pour le développement et la validation d'instruments de mesure. Cette méthode a été choisie compte tenu de la

description précise des étapes à effectuer, de l'importance attribuée à la recension des écrits et de l'approche déductive utilisée dans le présent travail. Le développement et la validation d'instruments de mesure se réalisent en quatre phases qui contiennent plusieurs étapes : la planification (étapes 1 et 2), la construction (étapes 3 à 6), l'évaluation quantitative (étapes 7 à 11) et la validation (étapes 12 et 13). Celles-ci sont d'abord présentées puis illustrées dans un schéma représentatif de ses principaux éléments constitutifs.

Planification : étapes 1 et 2. La première étape est la phase la plus importante et commence avec la formulation du but ou la précision de l'usage auquel doit correspondre l'instrument. Il faut ici spécifier le *domaine* (étendue du contenu) ou le *construit* (trait psychologique abstrait) à mesurer et le *groupe cible* pour lequel l'instrument de mesure est construit. La seconde étape implique la revue des écrits. Elle permet de s'assurer qu'il n'existe aucun outil approprié, fidèle et valide conçu aux fins désirées. Par la suite, la revue des écrits permet de formuler une définition opérationnelle du construit à mesurer. Lorsqu'un construit est rendu opérationnel, il est nécessaire d'identifier ses composantes ou ses dimensions. Il faut alors identifier les items les plus précis et significatifs possibles et générer des éléments à mesurer qui rendent opérationnels les domaines retenus (étape déductive).

La principale production de la phase deux est la formulation de questions ouvertes qui sont présentées aux représentants (experts) des groupes ciblés. Ce processus éclaire habituellement les champs de recherche relatifs au construit à mesurer qui n'apparaissent pas encore dans la revue des écrits et sensibilise l'auteur de l'instrument au vocabulaire utilisé par les informateurs clés (étape inductive). Les connaissances générées par la revue des écrits et la synthèse des réponses aux questions ouvertes soumises aux informateurs clés concluent l'étape deux et la construction de l'instrument lui-même peut alors débiter.

Construction : étapes 3 à 6. La construction de l'instrument commence à la troisième étape, soit la rédaction de la liste des objectifs spécifiques de l'instrument qui précisent le but de l'instrument et indiquent les domaines qui seront mesurés. La spécification du domaine par les objectifs est nécessaire mais pas suffisante à leur formulation. En plus, une dimension processus, qui reflète de manière hiérarchique des

types variés de réponses ou de réactions humaines au contenu inclus dans le questionnaire est adoptée pour formuler les objectifs de l'instrument.

À la quatrième étape, soit une fois les objectifs déterminés, la table des spécifications est produite. Le but de cette dernière est de délimiter aussi clairement que possible l'étendue du test en reliant les items aux objectifs. La table des spécifications est en général constituée d'une grille à plusieurs cellules où le constructeur inscrit les items en fonction des objectifs spécifiés. Toutefois, le format des items doit d'abord avoir été sélectionné et le choix de la forme doit correspondre à l'âge et aux connaissances des répondants. Une fois l'ensemble des items écrits, ils doivent être vus par les rédacteurs sur les points suivants : 1) les items sont écrits clairement; 2) les items sont conformes au format choisi; 3) les choix de réponse pour chaque option sont plausibles; 4) la formulation est familière au groupe cible.

La cinquième étape inclut la validation de contenu et une évaluation qualitative subséquente dans laquelle la qualité des items est évaluée par des représentants du groupe cible. Lors de la validation de contenu, on demande aux experts d'agencer les items avec la cellule appropriée de la table de spécifications. Ceux-ci doivent généralement se prononcer sur trois paramètres de validation : la clarté de l'énoncé de chaque critère, sa pertinence et son importance. Lorsque le seuil de consensus fixé n'est pas atteint quant à l'emplacement d'un item, celui-ci doit être revu tant que le consensus n'est pas atteint. Malheureusement, certains items n'atteindront jamais ce niveau et devront être écartés. Le produit final devra être un instrument dans lequel tous les items pourront être classifiés dans la cellule appropriée de la table de spécification. On considère qu'un instrument a atteint la validité de contenu lorsque ses items reflètent le processus et les dimensions de contenu qui sont spécifiés par les objectifs de l'instrument, tels que déterminés par les experts.

Pour l'évaluation qualitative, un nouveau groupe cible est recruté pour critiquer l'instrument mais, contrairement au groupe d'experts, on lui demande de compléter le test afin d'évaluer le temps nécessaire pour le faire, de juger la clarté des items et des directives, et de formuler les recommandations pertinentes sur la qualité générale de l'instrument.

Enfin, à la sixième étape, les items sont revus et de nouveaux items sont ajoutés au besoin. Il est souvent plus facile d'améliorer un item que d'en formuler un autre, il ne faut donc pas éliminer un item trop rapidement.

Évaluation quantitative : étapes 7 à 11. Avant l'essai pilote, l'outil doit être mis en forme. Par la suite, il est administré dans des conditions optimales à un groupe de grande taille représentatif du groupe cible. Le nombre doit être assez grand pour que les réponses de quelques sujets n'influencent pas les résultats de l'évaluation. Ceci constitue la septième étape.

L'étape huit est constituée par l'analyse d'items. Il s'agit ensuite d'estimer la fidélité de l'instrument de mesure, définie ici comme la consistance interne de la mesure dans le temps ou la précision de la mesure. Elle reflète la confiance attribuée dans le fait qu'un score observé est le reflet de ce qu'une personne sait réellement, pense ou est capable de faire.

Le produit final des étapes cinq à huit est un instrument révisé avec un nombre d'items souvent réduit par rapport à ceux qui étaient originellement planifiés et qui s'avèrent conformes à la table des spécifications. La production de ce nouvel instrument, à partir des résultats du premier essai pilote, constitue la neuvième étape. Il doit être testé une deuxième fois et ce second essai, de même que les analyses qui en découlent, forment la dixième étape alors que la onzième est la répétition, autant de fois que nécessaire, des étapes 9 et 10.

Validation : étapes 12 et 13. La validation d'un nouvel instrument n'est jamais accomplie par un seul chercheur ou dans une seule recherche. Plusieurs procédures peuvent être utilisées. La validation de construit est la forme de validité la plus complète et la plus difficile à vérifier. Les étapes 12 et 13 y sont consacrées, la dernière stipulant que la validation est un processus continu. La Figure 7 synthétise les principales étapes du modèle. La partie supérieure de la figure, non ombragée, représente la démarche réalisée dans le cadre de la recherche en cours alors que la partie grisée, située au bas de la figure, porte sur les étapes subséquentes menant à la validation finale de l'outil.

Cheminement pour développer un instrument

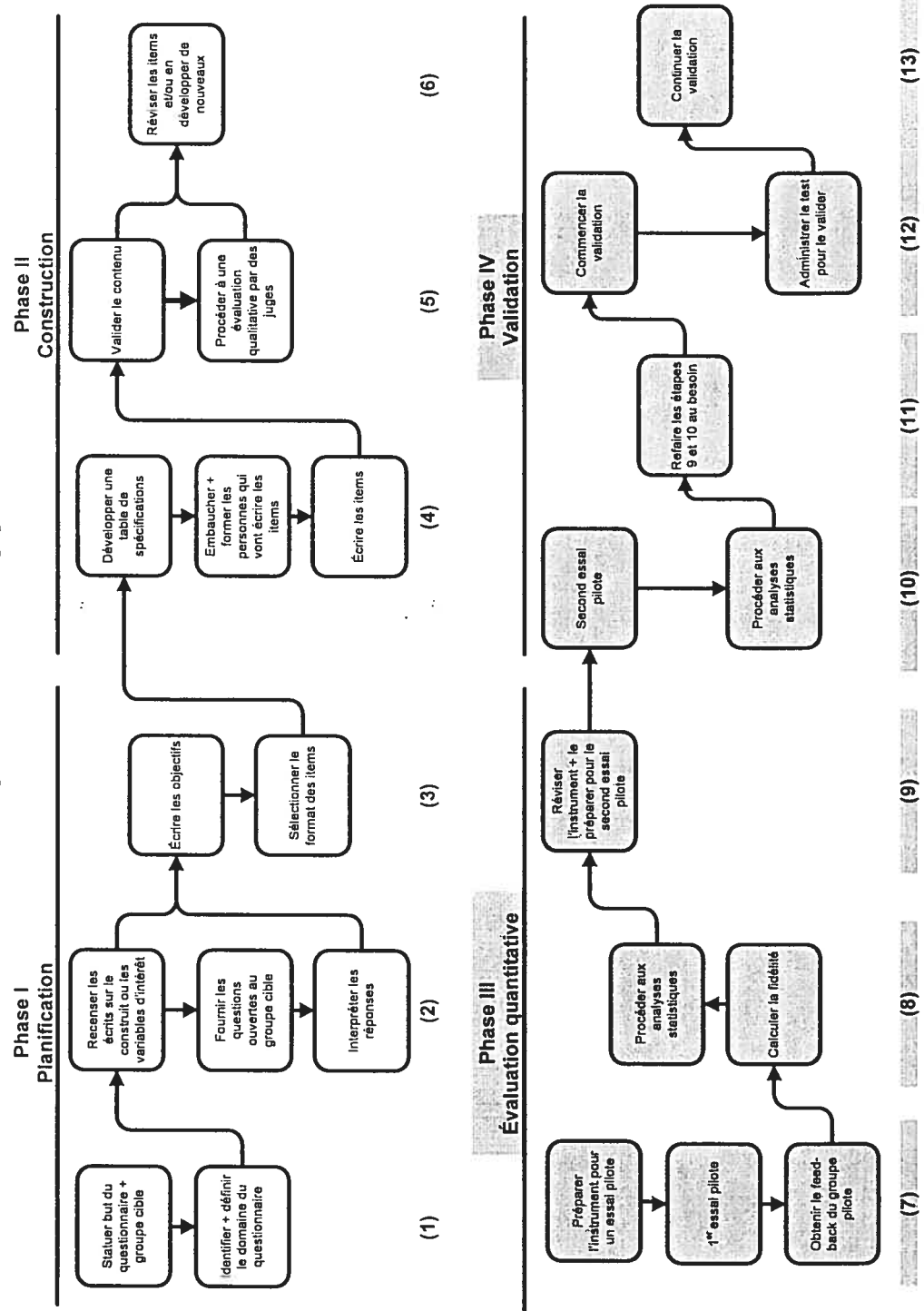


Figure 7. Cheminement pour développer un instrument [traduction de l'auteur]. (Benson & Clark, 1982, p. 789).

Déroulement de l'étude

Les diverses étapes du déroulement de l'étude sont abordées selon l'approche du modèle de Benson et Clark (1982). Elles font état des phases de planification et de construction du modèle et permettent de répondre aux deux questions de recherche. Dans le cadre de cette étude méthodologique, la phase déductive réalisée à partir de la recension des écrits a permis d'identifier et de cerner les attributs du construit de qualité des soins critiques et d'en dégager les dimensions, répondant ainsi à la première question de recherche, à savoir : quelles sont, selon les écrits pertinents, les dimensions qui permettent de rendre opérationnel le construit « qualité des soins dispensés en unité de soins critiques »? À la suite de cette démarche, il a fallu répondre à la seconde question de recherche, soit : quels sont, selon les écrits pertinents, les professionnels, les gestionnaires, les usagers et leurs proches, les critères de qualité des soins dispensés en unité de soins critiques et reconnus suffisamment clairs, pertinents et importants pour rendre opérationnelle la mesure de la qualité des soins dispensés dans ces unités? Il s'agissait en fait de bâtir le référentiel qui viendrait opérationnaliser le cadre conceptuel proposé au chapitre deux et de le valider ensuite auprès d'informateurs clés issus des groupes ciblés, soit les professionnels, les gestionnaires, les usagers et leurs proches.

Planification : étapes 1 et 2

La *première étape*, soit la spécification du domaine et le groupe cible de l'étude, avait été réalisée préalablement à travers la réflexion initiale amorcée dès le début des études doctorales. Il s'avérait clair que le domaine à explorer était la mesure de la qualité des soins en unités de soins critiques et ce, selon une approche interprofessionnelle. De plus, l'apport des usagers et des proches dans cette démarche était incontournable et ces derniers devaient faire partie du groupe cible, en plus des divers professionnels œuvrant en USC.

La *seconde étape*, soit la recension des écrits portant sur la qualité des soins d'une part, et sur les soins critiques, d'autre part, a permis de démontrer qu'il n'existe aucun outil de mesure de la qualité des soins critiques qui tienne compte des perspectives des professionnels, des gestionnaires, des usagers et de leurs proches. Inutile de préciser que les écrits sur la qualité des soins font légion et le secteur des soins

critiques exclusivement compte plus de 3000 nouveaux articles par année pour la seule base de données Medline. De plus, il a fallu élargir la revue des écrits aux caractéristiques du construit de qualité des soins dans plusieurs milieux cliniques afin d'être à même de dégager des critères portant sur les dimensions relationnelles des soins. À partir de cette revue des écrits, un modèle conceptuel de la qualité des soins critiques présenté au chapitre précédent a été élaboré.

La phase inductive auprès des informateurs clés professionnels et non professionnels a été retirée. Pour les informateurs clés professionnels, la charge quotidienne à laquelle ils ont à faire face de même que les nombreuses sollicitations dont ils font l'objet sont apparues comme des contraintes importantes à l'utilisation de cette approche. De plus, le domaine des soins critiques étant extrêmement vaste, il a été jugé plus sage d'encadrer la réflexion afin de maintenir l'adhésion des informateurs clés professionnels à l'étude. Par ailleurs, la technique Delphi, expliquée plus avant, peut être modifiée en ce sens lorsque la question à l'étude est très vaste (Couper, 1984), ce qui est ici le cas. Quant aux informateurs clés non professionnels, il s'avérerait pertinent de maintenir la même approche afin de ne pas multiplier les méthodes dans une même étude. Cependant, tout au long du processus de consultation, les informateurs clés, professionnels ou non, ont eu le loisir de faire les propositions qu'ils jugeaient pertinentes afin qu'elles soient soumises à l'assentiment de leurs pairs lors de la ronde de validation ultérieure.

Construction : étapes 3 à 6

À la *troisième étape*, la liste des dimensions du construit de qualité des soins critiques recensées a permis de cibler les domaines qui seraient mesurés (p. 67). Lors de la *quatrième étape*, une liste globale de normes et de critères a été générée afin de rendre opérationnelles ces dimensions. Ils ont été regroupés selon les secteurs qu'ils représentent, soit les secteurs professionnel, relationnel, organisationnel et téléologique. Les normes et critères ont été entièrement rédigés à partir des éléments retrouvés dans la revue des écrits et en continuité avec le modèle proposé, puisqu'il n'existait au départ ni dimensions ni critères. Compte tenu que cette activité s'avère un résultat de la démarche et qu'elle vient répondre partiellement à la seconde question de recherche, les détails de

l'élaboration du référentiel seront présentés au chapitre suivant, faisant état des résultats de la recherche.

Un total de 18 normes et de 150 critères distincts a donc été rédigé, couvrant les dix dimensions du construit de qualité des soins critiques. Par la suite, à partir de la liste initiale, trois listes de critères ont été produites et mises en forme afin d'être validées, une liste pour les professionnels (Appendice A), une autre pour les usagers (Appendice B) et la dernière pour les proches (Appendice C). Les espaces relatifs aux commentaires des informateurs clés ont toutefois été restreints dans les trois appendices par rapport à la mise en forme des questionnaires afin de diminuer l'ampleur du présent document.

Les groupes d'informateurs clés ont été constitués en tenant compte du fait qu'ils puissent se prononcer sur la clarté, l'importance et la pertinence des critères soumis. Le recours à trois listes distinctes a donc été privilégié, compte tenu que les usagers et les proches ne peuvent, considérant leurs connaissances, se prononcer sur toutes les dimensions et sur tous les critères du construit de qualité des soins critiques. C'est pourquoi le nombre de critères s'adressant à l'un ou l'autre des groupes d'informateurs clés varie selon la dimension à explorer. Une attention particulière a été accordée au vocabulaire utilisé lors de la rédaction des critères à valider par les usagers et les proches, afin que ceux-ci soient en mesure de bien comprendre la nature des questions. Enfin, il est fort possible que les professionnels aient pu se prononcer sur la majorité des critères. Cependant, il importait d'une part, d'impliquer les usagers et leurs proches dans le processus de validation et, d'autre part, de favoriser un nombre de critères qui maintienne l'adhésion des professionnels jusqu'à la fin.

Toutefois, 26 critères appartenant à la liste de ceux soumis aux usagers ont également été proposés aux proches (Appendice D) compte tenu de l'état souvent grave de l'utilisateur lors de son séjour à l'USC et de l'obligation pour le proche de porter alors un jugement sur la qualité des soins fournis à l'utilisateur. Il apparaît donc que 13 critères spécifiques ont été soumis aux usagers et 21 aux proches, représentant la validation d'un total de 176 critères pour les trois groupes d'informateurs clés. De ceux-ci, 90 s'adressaient aux professionnels, 39 aux usagers et 47 aux proches.

Le Tableau 8 fait état des dimensions retenues et du nombre de critères à valider pour chaque groupe d'informateurs clés.

Tableau 8

Dimensions retenues et nombre de critères à valider pour chaque groupe d'informateurs clés

	Professionnels	Usagers	Proches
Dimensions retenues	Accessibilité	Accessibilité	Accessibilité
	Continuité	Continuité	Continuité
	Confort	Confort	Confort
	Efficacité	Efficacité	Efficacité
	Effcience	Effcience	Effcience
	Respect	Respect	Respect
	Empathie	Empathie	Empathie
	Fiabilité	Fiabilité	Fiabilité
	Pertinence	Responsabilisation	Pertinence
	Responsabilisation		Responsabilisation
Nombre de critères	90	39	47

Les informateurs clés devaient se prononcer sur trois aspects de chacun des critères proposés, soit la clarté du critère, sa pertinence et son importance. Chaque critère a été évalué sur une échelle de Likert de type ordinal en quatre points dont les caractéristiques sont classifiées dans un ordre prédéterminé; une valeur numérique de un à quatre a été attribuée à chaque réponse de manière systématique. Les échelles sont également considérées comme des échelles d'intervalle, puisque les distances entre les points d'ancrage sont égales, et discrètes, car elles ne peuvent prendre qu'un nombre fini de valeurs, dans le cas présent 1, 2, 3 ou 4 (Munro, 2005). Le Tableau 9 montre cette échelle.

Tableau 9

Échelle d'évaluation de chaque critère

Clarté	Pertinence	Importance
4- Clair	4- Pertinent	4- Important
3- Assez clair	3- Assez pertinent	3- Assez important
2- Peu clair	2- Peu pertinent	2- Peu important
1- Pas clair	1- Pas pertinent	1- Pas important

Les listes ont par la suite été mises en forme pour la validation. Les secteurs auxquels les dimensions se rapportent ont été définis ainsi que les dimensions elles-

mêmes. Les critères s'y rapportant étaient ensuite introduits, suivis de la grille d'évaluation et d'un espace sous chaque critère afin que l'informateur clé puisse y faire les ajouts et commentaires qu'il jugeait pertinents. Enfin, des pages vierges étaient disponibles à la fin du document afin de recueillir des remarques plus substantielles.

Le document a ensuite été converti par un informaticien en questionnaire interactif au moyen du logiciel *Adobe Acrobat 7 Professionnel*. Cette étape a permis d'établir une base de données pour chaque sous-groupe d'informateurs clés et de saisir les informations une seule fois, puisqu'il est possible de faire un transfert des informations recueillies sur *Excel* par la suite, afin de procéder aux analyses nécessaires. Un exemplaire des trois questionnaires a ensuite été rempli par l'étudiante et le questionnaire s'adressant aux professionnels a été acheminé par courriel à l'informaticien afin de s'assurer du bon fonctionnement des outils et du processus de retour.

Les critères formulés étaient maintenant prêts à être entérinés et, à la *cinquième étape*, les listes de critères ont été présentées aux informateurs clés des trois groupes afin qu'ils en valident le contenu (Fortin et al., 2006, p. 288). La section suivante fait état des étapes réalisées afin d'y arriver.

Sélection des informateurs clés et collecte des données

Aux fins de cette étude, trois groupes d'informateurs clés ont été constitués, un groupe de professionnels incluant des gestionnaires, un groupe d'utilisateurs et un groupe de proches. Les sujets ont été choisis selon des stratégies d'échantillonnage non probabilistes, c'est-à-dire en fonction de certaines caractéristiques intrinsèques prédéterminées pour chaque groupe (Fortin et al., 2006). Les informateurs clés professionnels ont été choisis par choix raisonné, c'est-à-dire de manière personnelle, compte tenu de leur expertise et de leur champ clinique alors que les utilisateurs et les proches ont été choisis par échantillonnage accidentel ou de convenance (Fortin et al., 2006). Les informateurs clés non professionnels ont été choisis de manière rétrospective afin de constituer les groupes dans les plus brefs délais.

Le nombre d'informateurs clés nécessaire pour un panel d'experts se situe entre 5 et 10 personnes (Burns & Grove, 2001; Fortin et al., 2006; Lynn, 1986; Mishel, 1998).

Pour les informateurs clés professionnels et non professionnels, les données ont été recueillies selon la technique Delphi modifiée (Delbecq et al., 1975; Pineault & Daveluy, 1995), à savoir que l'étape de la question préalable a été retirée pour tous les groupes d'informateurs clés. La technique Delphi est une méthode d'enquête destinée à structurer un groupe d'opinion et de discussion, à générer le consensus du groupe, à quantifier le jugement d'experts, à évaluer des priorités ou à faire des prévisions à long terme (Waltz et al., 2005). La procédure est la suivante : 1) formuler une question ; 2) sélectionner les répondants ; 3) procéder à un premier envoi, incluant une lettre d'introduction et la question sur laquelle l'informateur clé doit se pencher; 4) analyser les réponses reçues au premier questionnaire ; 5) rédiger et expédier le second questionnaire, toujours accompagné d'une lettre d'introduction ; 6) analyser le second questionnaire ; 7) rédiger et expédier le troisième questionnaire et sa lettre d'introduction ; 8) analyser le dernier questionnaire ; 9) rédiger le rapport.

De plus, lors de l'utilisation d'une technique Delphi, Delbecq et al. (1975) affirment que, lorsque le chercheur s'adresse à un groupe homogène, un total de 10 à 15 participants devrait être suffisant. Le fait de sélectionner 15 informateurs clés dans chaque groupe permettait de répondre à ces impératifs et de maintenir la validité de l'étude advenant d'éventuels désistements au cours de la recherche.

Informateurs clés professionnels. Un total de 15 informateurs clés professionnels a été sélectionné dans trois centres hospitaliers universitaires de la province de Québec, soit l'Hôtel-Dieu de Québec, l'Hôpital Laval et le Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (CSSSC). Dans les trois établissements en cause, le concours de la Directrice des soins infirmiers (DSI) ou de sa représentante a permis à l'étudiante d'avoir accès aux professionnels. À l'Hôtel-Dieu de Québec et au CSSSC, l'étudiante a contacté les DSI dans un premier temps par téléphone afin de les informer de la tenue de l'étude et de leur demander quelle direction était la plus à même de soutenir la mise en place du projet, compte tenu de l'approche interdisciplinaire privilégiée et de la sollicitation de nombreux professionnels relevant d'autres directions. À l'Hôpital Laval, l'étudiante a été mise en contact avec l'adjointe à la DSI par la personne ressource du comité d'éthique de la recherche de l'établissement. Dans les trois cas, un résumé du

projet a été acheminé par courriel et les DSI ont accepté d'endosser la réalisation du projet.

Les informateurs clés professionnels devaient répondre aux critères suivants :

1) posséder une expérience d'au moins cinq ans auprès de la clientèle adulte de soins critiques ; 2) être disponible pour remplir le questionnaire de validation, d'une durée approximative de trois heures, à deux ou trois reprises au besoin ; 3) être capable de s'exprimer en français. Un professionnel ayant trois ans d'expérience a signifié son intérêt à participer à l'étude et, compte tenu de son expérience antérieure, une dérogation au protocole a été acceptée.

Parmi les informateurs clés professionnels, un minimum de deux représentants des groupes suivants a été sollicité : médecins, infirmières, pharmaciens, physiothérapeutes, inhalothérapeutes, gestionnaires. À partir des critères préétablis, l'étudiante a communiqué avec les professionnels par téléphone, en personne ou par courriel afin de solliciter leur participation et de leur fournir les explications nécessaires (Appendice E). Afin d'obtenir un total de 15 informateurs clés, 20 professionnels ont été sollicités, dont deux en Europe. Deux personnes ont refusé, deux autres n'ont jamais retourné les appels ou les courriels. Enfin, une personne a retourné un appel trois semaines après les contacts faits par l'étudiante, mais le groupe d'informateurs clés était alors complet.

Par la suite, les professionnels ayant accepté ont été rencontrés individuellement afin de répondre à leurs questions et de leur faire signer leur consentement. Lors de cette rencontre, une enveloppe contenant une lettre de remerciement et un guide explicatif incluant les consignes nécessaires à la réalisation du travail (Appendice F), une copie de la liste de critères à valider de même que des exemplaires des critères à valider par les usagers et les proches à titre de référence au besoin, leur a également été remise. De plus, les informateurs clés professionnels avaient le choix de remplir le questionnaire sous forme papier ou sous forme de questionnaire informatisé interactif. Trois personnes ont choisi le format informatisé, mais deux d'entre elles ont éprouvé des difficultés à le remplir et se sont rabattues sur le formulaire papier. Un seul questionnaire informatisé a donc été rempli et retourné.

Chez les professionnels, la collecte des données s'est déroulée du 13 novembre 2006 au 12 janvier 2007 et une seule ronde de validation a été nécessaire. Une visite, un appel ou un courriel de relance a été acheminé aux professionnels qui n'avaient pas encore rempli leur questionnaire dans la semaine du 18 décembre. Un professionnel présentait peu de disponibilité pour remplir le questionnaire, compte tenu de ses obligations. Il a été informé le 18 janvier 2007 de la fin de la première phase de collecte des données, après deux relances supplémentaires. Des 15 professionnels recrutés, 14 ont donc rempli le questionnaire. De ceux-ci, huit étaient des hommes et six des femmes.

La majorité des professionnels était des infirmières, soit cinq occupant des postes cliniques et deux des fonctions de gestion. Parmi les autres professionnels, un médecin a validé les critères, trois pharmaciens, un physiothérapeute et deux inhalothérapeutes dont un occupant une fonction de gestion mais classifié dans sa catégorie professionnelle. La représentativité des principales professions qui interagissent auprès des usagers de soins critiques est donc assurée par 50 % d'infirmières et 50 % de professionnels autres que celles-ci.

Concernant leur milieu d'origine, 58 % des professionnels proviennent de Chicoutimi et 42 % de Québec, et les types d'unités de soins critiques où ils exercent leur assurent un contact régulier avec des usagers atteints de problèmes de santé variés. Ils sont également confrontés au quotidien à des situations cliniques très complexes. De plus, leur expérience en soins critiques varie entre 3 et 42 ans, avec une expérience moyenne de 19,07 ans, ce qui donne à leur opinion une légitimité certaine.

La synthèse des caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés professionnels apparaît au Tableau 10

Tableau 10
Caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés professionnels

Profession :	Médecin : 1 Infirmière : 5 Gestionnaire : 2 Inhalothérapeute : 2 Pharmacien : 3 Physiothérapeute : 1
Lieu d'origine :	Québec : 6 Chicoutimi : 8
Sexe :	Féminin : 6 Masculin : 8
Âge :	25-34 ans : 2 35-44 ans : 5 45-54 ans : 4 > 55 ans : 3
Années d'expérience en soins critiques :	Entre 3 et 42 ans, avec une expérience moyenne de 19,07 ans
Type d'unité de soins critiques :	Généraux ou médicaux-chirurgicaux : 10 Généraux-respiratoires : 2 Généraux-respiratoires et postchirurgie cardiaque : 1 Postchirurgie cardiaque : 1

Les questionnaires ont été récupérés directement par l'étudiante, sur appel de l'informateur clé pour les professionnels du CSSSC. Quant aux professionnels œuvrant dans les établissements de Québec, une enveloppe préadressée et munie d'un bon de retour par messagerie prioritaire leur a été fournie. Les données ont été saisies informatiquement au fur et à mesure de la réception des questionnaires.

Informateurs clés non professionnels. Un total de 30 informateurs clés non professionnels, 15 usagers et 15 proches, ont été sélectionnés à partir des usagers ayant fréquenté les unités de soins critiques adultes du CSSSC. Les trois unités de soins critiques du CSSSC sont l'unité coronarienne, l'unité de soins intensifs neurologiques et les soins intensifs généraux. Les soins intensifs généraux accueillent des usagers souffrant de problèmes de natures diverses, à vocation médicale et chirurgicale, incluant la chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique. Les informateurs clés non professionnels du groupe des usagers devaient répondre aux caractéristiques suivantes : 1) avoir plus de

18 ans ; 2) avoir séjourné pendant plus de 24 heures dans l'une des trois unités de soins critiques du CSSSC dans les six derniers mois et avoir quitté l'hôpital depuis plus de six semaines; 3) être capable de fournir un consentement libre et éclairé ; 4) accepter de répondre à un questionnaire d'une durée à sa convenance et d'un maximum de deux heures, en personne, à son domicile ou dans un endroit où peut se dérouler l'entrevue en privé, à sa convenance, à deux ou trois reprises ; 5) être capable de s'exprimer en français.

Les informateurs clés du groupe des proches devaient répondre aux caractéristiques suivantes : 1) avoir plus de 18 ans ; 2) être un proche d'un usager qui a séjourné pendant plus de 24 heures dans l'une des trois unités de soins critiques du CSSSC dans les six derniers mois et qui a quitté l'hôpital depuis plus de six semaines; 3) être capable de fournir un consentement libre et éclairé ; 4) accepter de répondre à un questionnaire d'une durée à sa convenance et d'un maximum de deux heures, en personne à son domicile ou dans un endroit où peut se dérouler l'entrevue en privé, à sa convenance, à deux ou trois reprises ; 5) être capable de s'exprimer en français.

Pour la collecte des données auprès des usagers et des proches, tous les informateurs clés non professionnels ont été rencontrés en entrevue individuelle par une assistante de recherche, infirmière et candidate à la maîtrise en sciences infirmières, préalablement formée par l'étudiante. La technique Delphi permet la collecte des données par des envois postaux, par questionnaire interactif informatisé ou par entrevue personnalisée (Waltz et al., 2005).

Il avait été prévu que l'assistante de recherche lise le questionnaire et enregistre les réponses de l'usager ou du proche sur cassette audio, pour les retranscrire ensuite. L'usager ou le proche pouvait aussi remplir lui-même le questionnaire sous sa forme papier ou encore directement sur le portable de l'étudiante. Dans les faits, 29 personnes sur 30 ont rempli elles-mêmes le questionnaire papier et le dernier a été rempli par l'assistante de recherche, la personne interrogée ayant des troubles de vision. Aucun enregistrement audio n'a donc été produit. L'assistante de recherche a également noté les commentaires des personnes sur les questionnaires lors de la discussion qui suivait invariablement. Chaque rencontre a duré entre une heure et demie et deux heures.

Afin de recruter les informateurs clés non professionnels le plus rapidement possible, le recrutement rétrospectif a été privilégié. Les considérations éthiques ont balisé cette étape de manière importante. Ainsi, sur autorisation écrite du directeur des services professionnels du CSSSC, le gestionnaire de l'unité des soins intensifs généraux a fourni à l'étudiante une liste des usagers ayant séjourné dans l'unité au cours des six derniers mois, soit depuis le premier mai 2006. De cette liste avaient préalablement été biffés par la commis de l'unité le nom du médecin traitant, le numéro de dossier et le diagnostic de l'utilisateur afin d'assurer la plus grande confidentialité possible.

Les noms des usagers décédés à l'unité de soins avaient également été biffés. Toutefois, ce processus de vérification n'a pas suffi à éviter le fait que des lettres soient adressées à des personnes décédées, ce qui s'est produit dans quatre cas. Il aurait été nécessaire qu'une archiviste vérifie chacun des dossiers des usagers, ce qui aurait retardé la démarche de quelques mois, puisque l'accès au dossier a été refusé à l'étudiante et à son assistante de recherche par le comité d'éthique du CSSSC. Compte tenu de ces contraintes, seuls les usagers des soins intensifs généraux ont été sollicités à cette étape, car il aurait fallu reprendre la même démarche auprès des gestionnaires des deux autres unités de soins critiques, soit les soins neurologiques et coronariens, et le bassin le plus grand d'utilisateurs était aux soins intensifs généraux.

Une liste de 150 usagers sortis de l'hôpital depuis six mois a donc été dressée en se rapprochant progressivement du délai minimal de six semaines. Une lettre annonçant la tenue de l'étude et signée par le gestionnaire de l'unité leur a été adressée (Appendice G). De ces envois, 12 lettres ont été retournées à l'expéditeur, 6 parce que la personne était déménagée et 6 autres parce que les numéros d'appartement n'apparaissaient pas sur l'enveloppe. Les renseignements inscrits étaient pourtant en tous points fidèles au contenu du registre fourni.

Enfin, quatre usagers ont reçu la lettre en double, car les statistiques des périodes administratives de l'unité des soins intensifs généraux commencent avec le nom des usagers présents à la fin de la période précédente et l'étudiante ne s'est rendu compte de cet état de chose qu'après les envois de la première période. Il appert donc que 134 usagers ont reçu la lettre de demande de participation. Les usagers et les proches étaient invités à communiquer par téléphone avec l'assistante de recherche ou l'étudiante s'ils

étaient intéressés à participer. Advenant le cas où ce soit l'utilisateur lui-même qui téléphone, une demande lui était formulée concernant l'intérêt d'un proche à participer, et vice versa.

En même temps, une annonce a été publiée dans quelques journaux locaux (Appendice H) afin de faciliter le recrutement. Toutefois, dans leur désir de bien faire, les deux journaux ont tronqué l'annonce et inscrit la demande sous une rubrique du journal, à travers une foule d'autres faits divers, avec pour résultat que 3 personnes seulement sur les 30 rencontrées l'avaient vue... L'annonce s'adressait aux usagers et aux proches des trois unités de soins critiques précédemment citées.

Afin de s'assurer d'éviter tout malentendu avec le personnel des unités de soins concernées, les gestionnaires ont été rencontrés et informés. Une lettre à afficher aux employés (Appendice I) les avisant de la tenue de l'étude et soulignant que son objectif n'était surtout pas d'évaluer la qualité des soins fournis par l'équipe en place de même qu'une copie de l'annonce de recrutement leur a été fournie quelques semaines avant la parution de celle-ci dans les journaux locaux. La DSI du CSSSC a également reçu copie des lettres adressées aux gestionnaires et de l'annonce à publier afin d'assurer le suivi de l'information. Compte tenu que plus de mille usagers par année séjournent dans les soins intensifs généraux seulement, ces approches devaient permettre de constituer les groupes d'informateurs clés.

Dans l'éventualité où la stratégie n'aurait toutefois pas permis d'obtenir le nombre désiré, l'assistante de recherche aurait procédé à un second envoi de 150 lettres (Appendice J), toujours selon la même procédure, dix jours après le premier envoi. Ces lettres étaient également signées par le gestionnaire de l'unité des soins intensifs généraux, à la différence qu'un appel aurait été fait par ce dernier dans les jours suivant la réception de la lettre pour vérifier l'intérêt des personnes à participer. Dans le cas d'une réponse positive, il aurait fourni l'information à l'assistante de recherche afin qu'elle communique avec la personne consentante pour lui procurer les informations supplémentaires. Cette seconde stratégie de recrutement ne s'est pas avérée nécessaire, le nombre de répondants ayant été atteint par les premières démarches réalisées.

Dans tous les cas où un usager a contacté lui-même l'assistante de recherche ou l'étudiante, la personne qui a reçu l'appel a vérifié avec celui-ci sa condition clinique, à

savoir qu'il se dise assez bien pour répondre au questionnaire et, dans le cas d'une réponse positive de l'utilisateur, a fixé un rendez-vous avec l'assistante de recherche. Dans l'éventualité où un proche désirait participer à l'étude, les rendez-vous étaient fixés en général de façon concomitante. Par ailleurs, bien que la rencontre ait été planifiée dans les quelques jours suivant l'appel, l'assistante de recherche a téléphoné à l'utilisateur ou au proche la veille de la rencontre pour vérifier que tout allait bien et confirmer le rendez-vous du lendemain.

Lors de sa visite, l'assistante de recherche a remis à chaque informateur clé non professionnel une lettre de remerciement (Appendice K) et fourni ou lu le guide explicatif contenant les consignes nécessaires à la réalisation du travail (Appendice G). Elle a également donné les explications complémentaires, répondu aux questions, fait signer le consentement et accompagné l'informateur clé dans sa démarche de remplir le questionnaire au besoin. De plus, l'utilisateur ou le proche pouvait interrompre la rencontre en tout temps s'il se sentait fatigué. Le soutien d'un psychologue était également disponible advenant que la réminiscence d'événements difficiles provoque un inconfort chez l'utilisateur ou le proche. Une seule dyade proche-utilisateur était acceptée mais un proche pouvait être interviewé seul, tout comme un utilisateur pouvait être interrogé sans qu'un proche ne consente à le faire. Lorsqu'une dyade proche-utilisateur était rencontrée, en une ou deux visites selon leur disponibilité, chacun remplissait son questionnaire de manière indépendante, sans discuter de la teneur des questions avec l'autre membre de la dyade. Enfin, les données ont été saisies informatiquement par l'étudiante au fur et à mesure de la réception des questionnaires.

Chez les utilisateurs, la collecte des données s'est échelonnée du 20 novembre au 15 décembre 2006 et une seule validation a été nécessaire. Tous les utilisateurs provenaient de la région du Saguenay – Lac-Saint-Jean. Parmi eux, 14 des 15 utilisateurs avaient répondu à la lettre de sollicitation et 1 seul à l'annonce publiée. Au total, 17 utilisateurs ont signifié leur intérêt et les 15 premiers ont été retenus. Deux utilisateurs ont donc dû être refusés; de ceux-ci, un avait reçu une lettre et l'autre répondait à l'annonce. Le taux de réponse à la sollicitation par lettre s'élève donc à 15/134 pour les utilisateurs, soit 11,2 %. Les questionnaires ont été remplis au domicile de l'utilisateur dans 14 des 15 cas, le dernier l'ayant été au domicile d'un proche de l'utilisateur.

Le groupe des 15 informateurs clés usagers ayant séjourné dans une USC du CSSSC était composé de 8 hommes et de 7 femmes de plus de 45 ans dont 12 de plus de 55 ans. Les durées de séjour à l'USC étaient variables, mais 10 usagers y étaient demeurés au moins 4 jours et 2 plus de 15 jours. Les caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés usagers apparaissent au Tableau 11.

Tableau 11
Caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés usagers

Sexe :	Féminin : 7 Masculin : 8	
Âge :	45-54 ans : 3 > 55 ans : 12	
Durée de séjour aux soins intensifs :	1 à 3 jours : 4 4 à 6 jours : 2 7 à 9 jours : 2	10 à 12 jours : 3 13 à 15 jours : 2 > 15 jours : 2

Quant à la collecte des données chez les proches, elle s'est échelonnée du 20 novembre 2006 au 11 janvier 2007 et une seule validation a été nécessaire. De ces derniers, 10 sont des proches d'un usager qui a également répondu au questionnaire. Parmi les proches, 3 étaient des conjoints de personnes décédées, 13 ont répondu à la lettre, soit un taux de réponse de 9,7 %, une personne à l'annonce dans le journal et la dernière l'a su par personne interposée et s'est montrée intéressée à participer. Aucun proche n'a été refusé. Le questionnaire a été rempli au domicile du proche dans 14 cas, le dernier l'ayant complété seul et retourné à l'assistante de recherche.

Parmi les 15 proches, 7 étaient des femmes et 8 des hommes dont une seule personne entre 35 et 44 ans, 3 entre 45 et 54 ans et 11 de plus de 55 ans. En ce qui a trait à leur statut, 13 proches étaient des conjoints alors que 2 étaient des amis. Les usagers accompagnés avaient séjourné plus de 4 jours en USC dans huit cas dont deux plus de 15 jours. Les caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés proches apparaissent au Tableau 12.

Tableau 12
Caractéristiques sociodémographiques des informateurs clés proches

Sexe :	Féminin : 7	
	Masculin : 8	
Âge :	35-44 ans : 1	
	45-54 ans : 3	
	> 55 ans : 11	
Statut du proche :	Conjoint : 13	
	Ami : 2	
Durée de séjour de l'utilisateur aux soins intensifs	1 à 3 jours : 7	10 à 12 jours : 3
	4 à 6 jours : 1	13 à 15 jours : 2
	7 à 9 jours : 0	> 15 jours : 2

En ce qui concerne le délai depuis l'hospitalisation dans une unité de soins critiques, deux dérogations ont été faites au protocole pour des proches dont le délai initial depuis le séjour était de plus de six mois, soit avant mai 2006, et une pour un usager dans la même condition.

Enfin, la *sixième étape* visant à réviser les items et/ou à en développer de nouveaux n'a pas été nécessaire puisque les résultats de la première validation se sont avérés concluants.

Plan d'analyse des données

Une fois les questionnaires de chaque groupe reçus, ceux-ci ont été compilés par sous-groupe d'informateurs clés, au moyen du logiciel *Excel*. La méthode par consensus a été choisie initialement afin de déterminer les critères retenus. Pour être conservé, un critère devait avoir obtenu un niveau minimal de consensus de 80 %, soit un score moyen de 3,2/4,00 auprès des informateurs clés du groupe qui l'a examiné. Il s'agit dans les faits de calculer la moyenne de chaque paramètre de validation de chaque critère et de la ramener en pourcentage. Les critères qui cotaient moins de 80 % au plan de la clarté devaient être reformulés. Les critères dont la pertinence n'atteignait pas 80 % devaient être analysés et déplacés dans une autre dimension ou retirés selon les

commentaires des juges. Enfin, les critères jugés peu ou pas importants devaient être retirés.

De même, des critères devaient être élaborés à partir des commentaires émis à la suite du premier questionnaire et le fruit de ces réaménagements soumis à la seconde étape de validation, de la même manière que la précédente. Une troisième étape de validation avait été prévue au besoin. Le niveau de consensus recherché à chaque étape était de 80 %. Les items ayant atteint ce niveau de consensus devaient être retirés et considérés comme valides et seuls ceux qui posaient des interrogations devaient être soumis à une seconde, voire une troisième validation. Toutefois, une seule étape de validation a été nécessaire chez les trois groupes d'informateurs clés.

L'indice de validité de contenu (IVC) de chaque paramètre de validation pour chaque critère, soit la proportion des énoncés auxquels les experts ont accordé un pointage de 3 et 4 divisée par le nombre de juges s'étant prononcés et ce, au plan de leur clarté, de leur importance et de leur pertinence a été calculé par la suite, afin de comparer les résultats avec ceux obtenus par la méthode de consensus. L'objectif de cette démarche était, d'une part, de s'assurer d'obtenir le maximum d'information quant aux critères validés par la méthode de consensus et, d'autre part, de cibler les critères ayant obtenu des résultats discordants afin de les prendre en compte lors des étapes de validation ultérieures. De plus, dans le but de s'assurer de la validité de chaque liste de critères retenus, l'IVC de chacune d'elles a été calculé de la même manière.

Pour chaque informateur clé, des statistiques descriptives des résultats compilés par dimension ont été réalisées, afin de pouvoir détecter la présence de juges cotant systématiquement plus haut ou plus bas que la moyenne de leur groupe. Les données globales par sous-groupe d'informateurs clés ont par la suite été rassemblées sous forme de statistiques descriptives et leur analyse a permis de remarquer l'absence de distribution normale de celles-ci. Des tests non paramétriques ont alors été choisis compte tenu que leur utilisation ne requiert pas de postulat à propos de la distribution de la variable dans la population et qu'elle est adéquate avec un petit nombre de sujets (Munro, 2005). L'objectif des tests statistiques complémentaires était de déterminer s'il existait des différences statistiquement significatives entre les résultats des différents groupes d'informateurs clés au regard des critères proposés, sous réserve, il va sans dire,

d'un nombre parfois très peu élevé de sujets, particulièrement lors des comparaisons des opinions émises par les divers groupes de professionnels. Comme il s'agissait d'une exploration des tendances des résultats, les tests bilatéraux étaient pertinents, puisqu'il était impossible de prédire une variation dans un sens ou dans l'autre.

Des tests statistiques n'ont toutefois pu être réalisés que lorsque les informateurs clés se prononçaient sur les mêmes items, puisque des réponses à des questions différentes, bien que reliées à des dimensions identiques, ne peuvent être comparées. Dans un premier temps, un test de Kruskal-Wallis a été effectué afin de comparer les résultats des professionnels et de déterminer si des différences statistiquement significatives étaient présentes. L'hypothèse testée était que les résultats moyens obtenus par chacun des groupes de professionnels en matière de clarté, d'importance et de pertinence des critères proposés étaient identiques. Comme la réponse à cette question s'est avérée négative, des tests de Mann-Whitney ont été réalisés en comparant les groupes d'informateurs clés deux à deux, soit infirmières et professionnels, inhalothérapeutes et professionnels, gestionnaires et professionnels, et enfin, pharmaciens et professionnels. Les comparaisons avec les sous-groupes ne comportant qu'une seule personne, soit le physiothérapeute et le médecin n'ont pas été effectuées, car les résultats n'auraient pu être considérés comme valides, compte tenu du très petit échantillon.

Enfin, un test de Mann-Whitney a également été effectué à partir des résultats des groupes d'informateurs clés usagers et proches, en restreignant l'analyse aux 26 critères communs sur lesquels les deux groupes d'informateurs clés s'étaient prononcés afin de vérifier si les différences obtenues étaient statistiquement significatives. L'hypothèse testée était que les résultats obtenus par les deux groupes d'informateurs clés étaient identiques. Tous les tests statistiques ont été effectués avec un seuil de signification de 0,05.

Le logiciel *SPSS 12* version anglaise a été utilisé aux fins d'analyses statistiques et les données y ont été transférées à partir de la banque originale configurée dans *Excel*.

Considérations éthiques

Le présent projet de recherche a respecté les règles en matière de recherche sur les êtres humains et obtenu l'approbation des comités d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Chicoutimi, et du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), tout comme l'approbation des comités scientifique et d'éthique de la recherche du CSSSC (Appendice L). Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Laval n'a pas émis de certificat car, dans cet établissement, une telle autorisation n'est pas nécessaire lorsque la recherche requiert exclusivement le concours des professionnels, ce qui était ici le cas. Toutefois, un dossier complet avait également été soumis à cette instance.

Le consentement des informateurs clés, professionnels ou non, a été obtenu de manière libre et éclairée. Les professionnels ont été contactés dans un premier temps par l'étudiante, afin de solliciter leur participation à l'étude. Après explications et réponses aux questions, une période de réflexion leur a été proposée et ils ont été invités à communiquer leur réponse à l'étudiante par téléphone ou par courrier électronique. Le professionnel pouvait également consentir immédiatement s'il le désirait, ce qui s'est avéré le cas pour tous les professionnels ayant accepté de participer à l'étude. Si le sujet consentait à participer à l'étude, une rencontre était planifiée pour lui fournir toutes les informations nécessaires, répondre aux questions qui pouvaient subsister, lui faire signer le consentement et lui remettre une copie du formulaire d'information et consentement dûment rempli (Appendice M).

Les usagers et les proches recrutés de manière rétrospective sont entrés en contact avec l'assistante de recherche ou l'étudiante. Une période de réflexion leur a été proposée et ils étaient invités à communiquer leur réponse à l'assistante de recherche par téléphone le lendemain du premier contact. Le proche ou l'utilisateur pouvait également consentir immédiatement s'il le désirait, ce qui a toujours été le cas. Une fois les explications fournies par l'assistante de recherche, l'utilisateur ou le proche pouvait toujours refuser sa participation et aucune relance n'aurait été faite. Si le sujet consentait à participer à l'étude, une rencontre était planifiée pour lui donner toutes les informations nécessaires, répondre aux questions qui pouvaient subsister, lui faire signer le consentement et lui remettre une copie du formulaire d'information et consentement

dûment rempli (Appendice M). En tout temps, les participants, professionnels et non professionnels, pouvaient se retirer de l'étude s'ils le désiraient.

Toutes les données recueillies sont confidentielles et des codes ont été attribués aux informateurs clés professionnels ou non, assurant l'anonymat des informations recueillies et la possibilité de retrait en tout temps des sujets. Seule l'étudiante connaît la clé qui relie les codes aux personnes correspondantes. Par ailleurs, afin de s'assurer que les questionnaires électroniques étaient acheminés au bon destinataire, ils étaient joints en réponse à un courriel reçu du professionnel ciblé.

Les résultats aux questionnaires ont été traités de manière informatique sur le poste protégé de l'étudiante (mot de passe) ou sur son ordinateur portable, également protégé par un mot de passe. Les données nominatives des informateurs clés et les codes qui y sont reliés, tout comme les questionnaires papier sont conservés dans un classeur barré situé dans le bureau de l'étudiante, à l'Université du Québec à Chicoutimi, et seule l'étudiante y a accès. Ils seront détruits après sept ans, tel que le règlement de la CREPUQ le requiert.

La publication des résultats a été faite sous forme d'indices de validité des divers critères et en aucun temps les informateurs clés n'ont été identifiés. Seuls le sexe, l'âge, le lieu d'origine, le statut professionnel, les années d'expérience en soins critiques et le type de soins critiques apparaissent pour les informateurs clés professionnels. Pour les informateurs clés non professionnels, l'âge, le sexe, lien de parenté (proche) et la durée de séjour aux soins intensifs de l'utilisateur ont été publiés sous forme de regroupements.

Enfin, une lettre de remerciement personnalisée a été envoyée à tous les informateurs clés à la fin de la collecte des données de même qu'un résumé des conclusions au regard des critères sur lesquels ils se sont prononcés (Appendice N). À la suite de la réception de cette lettre, une proche a demandé de recevoir la liste des critères validés par son groupe d'informateurs clés, ce qui a été fait fin février 2007.

Une fois la méthode utilisée exposée, le chapitre suivant fait état des résultats obtenus lors de la collecte de données effectuée auprès des trois groupes d'informateurs clés.

Chapitre 4

Résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus lors du processus d'élaboration et de validation nominale de critères de qualité des soins critiques et permet de répondre à la seconde question de recherche : *Quels sont, selon les écrits pertinents, les professionnels, les gestionnaires, les usagers et leurs proches, les critères de qualité des soins dispensés en unité de soins critiques et reconnus suffisamment clairs, pertinents et importants pour rendre opérationnelle la mesure de la qualité des soins dispensés dans ces unités?*

Le quatrième chapitre se divise en cinq parties distinctes. La première fait état des résultats du processus déductif d'élaboration des critères à partir de la revue des écrits et de la répartition des critères de qualité des soins critiques dans les différentes dimensions. Par la suite, les trois sections suivantes exposent les résultats de la validation nominale des critères par les professionnels, suivis successivement de ceux obtenus par le groupe des proches puis par celui des usagers. Le dernier volet rapporte les résultats des principaux tests statistiques employés afin de vérifier la présence de différences significatives dans les données obtenues auprès des trois groupes d'informateurs clés au plan de la clarté, de l'importance et de la pertinence des critères soumis et ce, pour chaque dimension du construit de qualité des soins critiques.

Critères de qualité proposés

Comme les critères proposés sont tous issus de la recension des écrits, il apparaît essentiel de situer initialement le lecteur qui cherche à en retracer l'origine en fonction de leurs sources bibliographiques. Dans de nombreux cas, ce sont les grands thèmes dégagés par les auteurs qui ont guidé la formulation de critères spécifiques. Toutefois, certains critères proviennent d'un outil de mesure ou d'une liste déjà existante. Ils ont tous été reformulés ou regroupés afin de s'appliquer aux contextes des

soins critiques et d'interdisciplinarité. Enfin, d'autres critères découlent de l'expérience clinique de l'étudiante.

Il importe également de souligner qu'il est impossible d'inclure ici toutes les sources pour chaque critère retenu, compte tenu de leur multiplicité dans certains cas. Ce sont en général des auteurs clé qui ont été sélectionnés. Cependant, bien que l'apport de certains auteurs semble négligeable au plan quantitatif quant au nombre de critères fournis, ces derniers sont alors distinctifs et fournissent l'opportunité d'explorer des aspects supplémentaires en matière de qualité des soins critiques.

Des normes et des critères ont donc été rédigés, dans un premier temps, selon les dimensions auxquelles ils faisaient référence, puis, dans un second temps, formulés en termes compréhensibles afin de tenir compte de la perspective et des connaissances de l'informateur clé qui les validait, soit professionnels, usagers et proches, et ce, dans chacune des dimensions du construit de qualité des soins critiques.

Les critères ne comportant qu'un numéro d'identification se retrouvent dans la liste présentée aux professionnels (Appendice A), alors que ceux précédés de la lettre U sont insérés dans celle présentée aux usagers (Appendice B) et ceux identifiés par la lettre P dans la liste validée auprès des proches (Appendice C). Compte tenu que 26 critères à valider par les proches sont identiques à ceux proposés aux usagers (Appendice D), seuls les items qui sont spécifiques à ce groupe et qui se retrouvent uniquement dans cette liste apparaissent sous la lettre U. Pour les critères communs, ils sont présentés sous la lettre P, le fait de les inscrire aux deux endroits ne fournissant aucune information supplémentaire puisqu'il s'agit dans les faits du même critère. L'Appendice O expose les principales références utilisées de même que les critères qui en sont issus.

Les critères proposés représentent les diverses dimensions du construit de qualité des soins critiques dans les quatre secteurs retenus, soit les secteurs organisationnel, téléologique, relationnel et professionnel. Le Tableau 13 présente la répartition des normes et des critères sous chaque dimension et pour chaque secteur de même que leur taux de représentativité dans le référentiel proposé.

Tableau 13

Répartition des normes et des critères dans chaque secteur et sous chaque dimension et leur taux de représentativité dans le référentiel

Secteur organisationnel		
Dimensions	Normes	Nombre de critères
1- Accessibilité	1.1 L'utilisateur dont l'état le requiert est admis sans délai à l'USC.	4
	1.2 Le matériel et l'équipement nécessaires sont disponibles pour les soins de l'utilisateur en USC.	11
	1.3 Les soins et services sont dispensés au moment opportun.	9
	1.4 L'utilisateur et ses proches ont accès à l'information nécessaire.	23
	Total Accessibilité	47
Représentativité		31,33 %
2- Confort	2.1 Le confort de l'utilisateur et de ses proches est pris en considération.	9
	Total Confort	9
Représentativité		6 %
3- Continuité	3.1 Les soins fournis à l'utilisateur et à ses proches sont ininterrompus.	11
	3.2 L'approche interdisciplinaire est privilégiée dans les soins fournis à l'utilisateur.	8
Total Continuité		19
Représentativité		12,67 %
Total Secteur organisationnel		75
Représentativité		50 %

Tableau 13 (suite)

Répartition des normes et des critères dans chaque secteur et sous chaque dimension

Secteur téléologique		
Dimensions	Normes	Nombre de critères
4- Efficacité	4.1 Les soins fournis apportent les effets escomptés.	6
Total Efficacité		6
Représentativité		4 %
5- Efficience	5.1 Les soins fournis sont exempts d'événements négatifs.	5
Total Efficience		5
Représentativité		3,33 %
Total Secteur téléologique		11
Représentativité		7,33 %
Secteur relationnel		
6- Empathie	6.1 Les relations entre les intervenants et l'utilisateur et ses proches sont empreintes de chaleur et d'humanisme.	10
Total Empathie		10
Représentativité		6,67 %
7- Respect	7.1 L'intégrité physique et la dignité de l'utilisateur sont respectées.	7
	7.2 La confidentialité des renseignements relatifs à l'utilisateur est respectée.	6
Total Respect		13
Représentativité		8,67 %
Total Secteur relationnel		23
Représentativité		15,33 %

Tableau 13 (suite)

Répartition des normes et des critères dans chaque secteur et sous chaque dimension

Secteur professionnel		
Dimension	Normes	Nombre de critères
8- Fiabilité	8.1 Des mesures pour assurer la sécurité des usagers sont en place.	11
	8.2 Les soins sont dispensés par du personnel compétent.	8
	8.3 Les soins et les traitements requis sont dispensés de façon rigoureuse, en respectant les principes reconnus de bonne pratique dans chacune des disciplines.	8
Total Fiabilité		27
Représentativité		18 %
9- Pertinence	9.1 Les soins fournis sont congruents avec les besoins de l'utilisateur et sa condition clinique.	2
Total Pertinence		2
Représentativité		1,33 %
10-Responsabilisation	10.1 L'utilisateur et ses proches sont impliqués dans les décisions qui concernent les soins à offrir.	4
	10.2 L'implication de l'utilisateur et de ses proches dans les soins est favorisée.	8
Total Responsabilisation		12
Représentativité		8 %
Total secteur Professionnel		41
Représentativité		27,33 %
Nombre total de critères		150

Le secteur organisationnel regroupe trois dimensions sous sept normes qui ont été opérationnalisées par 75 critères. Le secteur professionnel vient au second rang en ce qui a trait au nombre de critères. Il englobe trois dimensions, six normes et 41 critères alors que le secteur relationnel comprend deux dimensions, trois normes et 23 critères. Enfin, le secteur téléologique regroupe deux dimensions, deux normes et 11 critères.

Le secteur organisationnel comprend donc 50 % des critères proposés, le secteur professionnel 27,33 %, le secteur relationnel 15,33 % et le secteur téléologique 7,33 %. Les dimensions qui contribuent à plus de 10 % au référentiel proposé sont l'accessibilité (31,33 %), la fiabilité (18 %) et la continuité (12,67 %). Toutefois, les trois groupes d'informateurs clés ne se prononcent pas sur l'ensemble des critères mais bien sur ceux qui les concernent de manière plus précise. Le Tableau 14 présente le nombre et le taux de critères validés sous chaque dimension par chaque groupe d'informateurs clés, gardant cependant en mémoire que 26 critères sont validés à la fois par les usagers et par les proches.

Tableau 14
Nombre et taux de représentativité de l'ensemble des critères selon les groupes d'informateurs clés

Dimensions	Critères présentés aux professionnels		Critères présentés aux usagers		Critères présentés aux proches		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
1- Accessibilité	27	57,4 %	9	19,1 %	19	40,4 %	55
2- Confort	4	44,5 %	4	44,5 %	1	11,1 %	9
3- Continuité	17	89,5 %	2	10,5 %	2	10,5 %	21
4- Efficacité	4	66,6 %	2	33,3 %	2	33,3 %	8
5- Efficience	3	60,0 %	1	20,0 %	1	20,0 %	5
6- Empathie	4	40,0 %	5	50,0 %	5	50,0 %	14
7- Respect	4	30,8 %	8	61,5 %	5	38,5 %	17
8- Fiabilité	25	92,6 %	2	7,4 %	2	7,4 %	29
9- Pertinence	1	50,0 %	0	0	1	50,0 %	2
10-Responsabilisation	1	8,3 %	6	50,0 %	9	75,0 %	16
Nombre total de critères à valider	90		39		47		176

La proportion de critères à valider par chaque groupe d'informateurs clés est le résultat du nombre de critères à valider par le groupe d'informateurs clés sur le nombre de critères représentant la dimension, nonobstant le fait que des critères identiques soient

validés par deux groupes d'informateurs clés, les usagers et les proches. Ainsi, les professionnels ont eu à se prononcer sur plus de 40 % des critères dans 8 dimensions sur 10, excluant le respect (30,8 %) et la responsabilisation (8,3 %).

Chez les usagers, une faible proportion de critères soumis portait sur la fiabilité (7,4 %), la continuité (10,5 %) et l'accessibilité (19,1 %). Ils ont davantage été consultés sur les critères touchant le respect (61,5 %), l'empathie (50 %), le confort (44,5 %) et l'efficacité (33,3 %) des soins. Quant aux proches, ils se sont prononcés majoritairement sur la responsabilisation (75 %), la pertinence des soins (50 %), l'empathie (50 %), l'accessibilité (40,4 %), le respect (38,5 %) et l'efficacité (33,3 %). Les dimensions de respect, d'empathie et d'efficacité sont donc présentes de manière importante dans les critères présentés aux deux groupes d'informateurs clés non professionnels alors que l'accessibilité, la continuité, l'efficacité, l'efficience et la fiabilité sont davantage représentées dans les critères proposés aux professionnels. Enfin, les 26 critères communs présentés aux usagers et aux proches touchent 7 dimensions du construit de qualité des soins critiques, soit l'accessibilité, la continuité, l'efficacité, l'empathie, le respect, la fiabilité et la responsabilisation. Deux dimensions présentent des critères propres à chaque groupe, le confort et l'efficience, alors que les usagers n'ont pas été interrogés sur la dimension de pertinence des soins.

Des données sont manquantes pour les trois groupes d'informateurs clés. Chez les professionnels, 3780 réponses (90 critères x 3 cotes x 14 professionnels) étaient attendues pour l'ensemble des critères et 83 valeurs n'ont pas obtenu de réponse, pour un taux de 2,20 %. Les proches devaient fournir 2,115 réponses (47 critères x 3 cotes x 15 proches) et 3 d'entre elles manquent, soit 0,0014 %. Enfin, 1,755 réponses (39 critères x 3 cotes x 15 usagers) étaient attendues des usagers et 8 sont absentes, soit 0,0046 %. Les valeurs manquantes n'ont pas été substituées et les calculs ont alors été effectués à partir du nombre de réponses obtenues pour chaque aspect évalué du critère, et ce, tant pour le calcul du consensus que de l'IVC de chaque critère et de chaque liste de critères.

Une fois ces constats établis, les trois prochaines sections de ce chapitre présentent les résultats de la validation auprès des différents groupes d'informateurs clés, soit les professionnels, les proches et les usagers. Les résultats obtenus par la

méthode de consensus et ceux qui réfèrent à l'indice de validité de contenu (IVC) sont rapportés et les discordances quant aux résultats des deux méthodes de validation sont soulignées. Cette différence est causée par la variabilité des réponses des juges lorsqu'ils cotent les critères. En bref, plus l'écart-type est grand, plus les données sont dispersées, moins les résultats de la méthode de consensus et de l'IVC concordent. Ces éléments et leurs conséquences seront toutefois discutés au chapitre suivant.

Résultats de la validation des critères par les professionnels

Les résultats de la validation des critères de qualité des soins critiques par les professionnels consultés sont présentés pour chacune des dix dimensions du construit à l'étude. Les résultats complets de la validation des critères de qualité des soins critiques par les informateurs clés professionnels sont présentés à l'Appendice P de même que les commentaires et suggestions qu'ils ont formulés. Les commentaires les plus fréquemment émis par les professionnels sont cependant repris au fur et à mesure dans le texte suivant qui présente la synthèse des résultats.

Secteur organisationnel

Le *secteur organisationnel* touche l'organisation des services, fait référence à l'environnement et au contexte qui en assure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort, les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent assurer ou non la rapidité, et la continuité. Il regroupe trois dimensions, soit l'accessibilité, le confort et la continuité.

Pour la dimension *accessibilité*, 27 critères répartis sous quatre normes distinctes ont été soumis aux professionnels et ils ont tous été validés en matière de clarté, d'importance et de pertinence. Au plan de la clarté des critères, les scores moyens varient de 3,29 à 3,93, pour un consensus de 82,14 % à 98,21 %. Le critère qui s'avère le moins clair est 1.2.09 « La ventilation à l'USC permet une température et une humidité contrôlées, et la possibilité de faire des échanges avec l'air frais extérieur » alors que le plus clair est 1.4.05 « L'horaire de visites peut être modifié selon l'état de l'usager ». Toutefois, certains commentaires des professionnels portent sur la clarté des critères

proposés et devront être pris en compte ultérieurement. Ainsi, quelques informateurs clés demandent de préciser quelles sont les autorités compétentes qui adoptent les critères d'admission à l'USC (critère 1.1.01) et remettent en question le fait que le médecin traitant valide lui-même l'admissibilité de l'utilisateur à l'USC (critère 1.1.02). De même, les expressions « sans délai » (critère 1.1.03) et « délais raisonnables » (critère 1.2.10) requièrent des clarifications. L'expression « vision directe » de l'utilisateur (critère 1.2.02) soulève des questions chez quelques informateurs clés, compte tenu de la configuration de certaines USC.

Par ailleurs, l'énumération de listes exhaustives de matériel telles que dans les critères 1.2.06, 1.2.07 et 1.2.08, bien que celles-ci soient décrites comme non limitatives, semble l'être dans les faits. Elles sont rapportées à la fois comme trop longues et incomplètes. Les critères portant sur le fait que les soins et services soient dispensés au moment opportun, dès l'arrivée de l'utilisateur, de l'évaluation de son état jusqu'au début des traitements (critères 1.3.02 à 1.3.05 inclus) sont perçus comme redondants avec ceux portant sur le même sujet dans l'aspect fiabilité des soins (critères 8.3.03 à 8.3.06 inclus) et qui visaient initialement la portion « dans le séjour » de l'épisode de soins. Enfin, de nombreuses précisions terminologiques sont proposées pour divers critères, selon le contexte de travail des professionnels.

Les IVC varient de 0,71 à 1,00 et quatre critères (en grisé) relatifs à la clarté des énoncés démontrent des résultats discordants entre les deux méthodes de validation, l'IVC et le consensus, soit le critère 1.1.01, taux d'accord 85,71 % et IVC à 0,79, le critère 1.2.09, taux d'accord 82,14 % et IVC à 0,71, le critère 1.2.10, taux d'accord 85,71 et IVC à 0,79, et le critère 1.4.03, taux d'accord 3,50 et IVC à 0,79.

En ce qui fait état de l'importance, les scores moyens varient de 3,31 à 4,00 pour un consensus de 82,69 % à 100 %. Le critère le moins important est 1.4.03 « Une liste d'interprètes est disponible pour répondre aux besoins d'utilisateurs et de proches d'autres langues » alors que trois critères atteignent 100 %, soit 1.3.01 « L'état de l'utilisateur est évalué dès son arrivée à l'USC », 1.3.04 « Les traitements requis par l'état de l'utilisateur sont prescrits dans les meilleurs délais » et 1.3.07 « Les services diagnostics (imagerie, laboratoire, électrocardiographie) sont assurés dans un délai acceptable ». Les IVC pour l'ensemble des critères varient quant à eux de 0,92 à 1,00.

En matière de pertinence des critères, les scores moyens varient entre 3,21 et 4,00 pour un consensus de 80,36 % à 100 %. Le critère le moins pertinent est 1.2.09 « La ventilation à l'USC permet une température et une humidité contrôlées, et la possibilité de faire des échanges avec l'air frais extérieur » alors que deux critères atteignent 100 %, soit 1.2.06 « Le chariot d'urgence... (gants, masques avec visières) » et 1.3.01 « L'état de l'utilisateur est évalué dès son arrivée à l'USC ». Les IVC pour l'ensemble des critères varient de 0,86 à 1,00.

Peu de commentaires portent sur l'importance et sur la pertinence des critères. Un seul professionnel a proposé des réaménagements au regard de la pertinence des critères, dans des dimensions différentes. Toutefois, les propositions de fusion des critères 1.3.01 à 1.3.05 inclus avec les critères 8.3.03 à 8.3.06 inclus, ont été nombreuses, tel que déjà mentionné.

Pour la dimension *confort*, quatre critères ont été soumis aux professionnels et ils ont tous été validés au plan de la clarté, de l'importance et de la pertinence. En matière de clarté, les scores moyens varient de 3,71 à 3,93, pour un consensus de 92,86 % à 98,21 %. Quelques commentaires des professionnels portent toutefois sur la fréquence de l'entretien ménager, la précision concernant les normes à suivre ou le type de locaux inclus dans l'expression « Tous les locaux de l'USC ». Les critères sont cependant tous clairs à plus de 92 %.

En matière d'importance, les scores moyens varient de 3,57 à 3,86, pour un consensus variant de 89,29 % à 96,43 %. Le critère ayant reçu la cote la plus basse est 2.1.04 « Les sources de surstimulation telles la lumière et les diverses sources de bruit (alarmes, téléavertisseurs, conversations) sont réduites au minimum ». La cote maximale a été attribuée au critère 2.1.01 « Tous les locaux de l'USC sont propres ».

Quant à la pertinence, elle cumule des scores moyens de 3,43 à 3,86, pour un consensus de 85,71 % à 96,43 %. Le critère ayant obtenu la plus basse moyenne pour sa pertinence est 2.1.02 « Les déchets sont ramassés au moins une fois par jour et au besoin » alors que le meilleur résultat a été atteint par le critère 2.1.03 « L'horaire des traitements est aménagé selon l'état de l'utilisateur (regroupés ou fractionnés) afin de lui permettre des périodes de repos ». Un professionnel commente toutefois la difficulté de réalisation de ce critère. Deux commentaires sont également émis face au critère 2.1.04

(voir ci-haut). Un professionnel précise qu'il est d'accord pour réduire les alarmes inutiles, mais qu'il est impensable de désactiver des alarmes sur des ventilateurs en soins critiques, car il faut être avisé de toute situation anormale chez l'utilisateur. L'autre précise qu'il faudrait ajouter au critère « tout en assurant la sécurité ». Les IVC de tous les critères varient de 0,99 à 1,00.

Les 17 critères portant sur la *continuité* des soins critiques ont tous été validés quant à leur clarté, leur importance et leur pertinence par les informateurs clés professionnels. Concernant la clarté des critères proposés, les scores moyens varient de 3,43 à 3,93, pour un consensus de 85,71 % à 98,21 %. Le critère ayant obtenu le score le plus bas est 3.1.08 « À la fin du service, l'intervenant responsable reçoit un rapport de chacun des intervenants qui relèvent directement de lui ». Le meilleur score a été attribué au critère 3.1.04 « Les requêtes diagnostiques, pharmacologiques ou autres sont rapidement acheminées dans le service correspondant ». Bien que validés, quelques demandes de précisions concernant la clarté ont toutefois été soulevées.

Ainsi, au critère 3.1.01 « Les soins de l'utilisateur sont assurés par les mêmes intervenants pendant la plus longue période possible », plusieurs professionnels demandent de préciser ce qui est considéré comme la plus longue période possible ou émettent des restrictions quant à la possibilité de la faire au quotidien. Des précisions dans la formulation sont également proposées pour l'ensemble des autres critères de la dimension, particulièrement concernant le terme « intervenant ». Les IVC de deux critères (en grisé) relatifs à la clarté des énoncés démontrent des résultats discordants entre les deux méthodes de validation, l'IVC et le consensus, soit 3.1.07, taux d'accord 88,46 % et IVC 0,77 et 3.1.08, taux d'accord 85,71 % et IVC 0,79.

Quant à l'importance, les scores moyens vont de 3,21 à 3,79, pour un consensus de 80,36 % à 94,64 %. Le critère ayant obtenu le score le plus bas est 3.1.01 déjà cité alors que le résultat le plus élevé porte sur le critère 3.2.03 « Les intervenants sont invités à apporter leur point de vue sur l'évolution de l'état de l'utilisateur lors de la tournée médicale et au besoin ». Les IVC de l'ensemble des critères varient de 0,86 à 1,00 en cette matière.

Enfin, au plan de la pertinence, les scores moyens s'étendent entre 3,29 et 3,93, pour un consensus variant de 82,14 % à 98,21 %. Deux critères ont obtenu le score

inférieur, soit 3.1.01 et 3.1.08 cités ci-haut. Le critère le plus pertinent à l'intérieur de cette dimension est 3.1.06 « Les notes des intervenants au dossier et au plan de soins permettent d'assurer le suivi des soins ». Un informateur clé s'interroge sur la pertinence des critères portant sur les relations interprofessionnelles dans la dimension continuité. Le critère le plus remis en question tant au plan de la clarté que de l'importance et de la pertinence, bien que validé, s'avère être le critère 3.1.01. L'IVC d'un seul critère (en grisé) relatif à la pertinence des énoncés démontre un résultat discordant entre les deux méthodes de validation, l'IVC et le consensus, soit 3.2.06, taux d'accord 83,93 % et IVC 0,79.

Il s'avère donc que, pour le secteur organisationnel, les 48 critères présentés aux professionnels et portant sur les dimensions d'accessibilité, de confort et de continuité ont été validés à plus de 80 % en matière de clarté, d'importance et de pertinence par la méthode de consensus.

Secteur téléologique

Le *secteur téléologique* fait référence aux résultats intermédiaires et globaux des soins de santé en matière d'amélioration de l'état de santé, de confort et de satisfaction de la personne. Il fait également référence au rapport coûts/bénéfices. Il regroupe deux dimensions, soit l'efficacité et l'efficience des soins.

Dans la dimension *efficacité*, quatre critères ont été soumis aux informateurs clés professionnels et ils ont tous été validés aux plans de la clarté, de l'importance et de la pertinence. Pour l'aspect de la clarté, les scores moyens varient de 3,29 à 3,71, représentant un consensus de 82,14 % à 92,86 %. Le critère 4.1.01 « Le résultat de la comparaison des indices de mortalité et de morbidité avec les standards établis est acheminé au comité interdisciplinaire de soins critiques » est perçu par certains professionnels comme incluant les deux suivants, soit 4.1.02 et 4.1.03, portant sur les taux de complications et de décès à acheminer au comité de soins critiques. Il s'avère également le moins clair. Des clarifications sont également demandées à l'égard de la présence d'un « comité de soins critiques » et de mesures à prendre en son absence. Plusieurs commentaires portent sur la difficulté d'application des critères dans ces circonstances. Le critère le plus clair est 4.1.04 « Les notes au dossier reflètent la

réponse de l'utilisateur aux soins qu'il a reçus ». L'IVC d'un seul critère (en grisé) relatif à la clarté des énoncés démontre un résultat discordant entre les deux méthodes de validation, l'IVC et le consensus, soit 4.1.01, taux d'accord 82,14 % et IVC 0,79.

Au plan de l'importance, les scores moyens varient de 3,21 à 3,92, pour un consensus allant de 80,36 % à 98,08 %. Le critère le moins important est 4.1.01 cité ci-haut alors que le plus important est 4.1.04 également déjà cité. Les IVC de tous les critères varient de 0,93 à 1,00.

Quant à la pertinence, les scores moyens obtenus s'étendent de 3,29 à 3,92, pour un consensus de 82,14 % à 98,08 %. Les critères les moins et les plus pertinents sont les mêmes que ceux déclarés les moins et les plus clairs et importants par les professionnels. Les IVC varient également de 0,93 à 1,00.

Dans la dimension *efficience*, trois critères ont été soumis aux informateurs clés professionnels et ils ont tous été validés en matière de clarté, d'importance et de pertinence. Le critère le moins clair est 5.1.02 « Des programmes de prévention des événements négatifs sont a) mis à jour régulièrement, b) diffusés et c) connus des intervenants concernés. Par événement négatif, on entend les erreurs de médicaments, les chutes, les infections nosocomiales et les plaies de pression » alors que le plus clair est 5.1.03 « Tout événement négatif fait l'objet d'une déclaration obligatoire ». Concernant la clarté, les scores moyens obtenus vont de 3,64 à 3,93, pour un consensus variant de 91,07 % à 98,21 %. Les mêmes remarques qu'à la quatrième dimension reviennent quant à la procédure à suivre en l'absence de comité interdisciplinaire de soins critiques. De même, tel que proposé pour la dimension accessibilité, certains informateurs clés soulèvent que les énumérations devraient faire l'objet de critères spécifiques. Enfin, des propositions relatives à la gestion des risques sont émises telles le fait de tenir compte d'événements sentinelles et l'ajout du volet rapports d'accident-incident.

Quant à l'importance des critères proposés, elle obtient des scores moyens entre 3,5 et 3,71, représentant un consensus de 87,5 % à 92,86 %. À ce titre, deux critères sont jugés les plus importants, soit 5.1.02 et 5.1.03 cités plus haut. Le critère le moins important est 5.1.01 « Le taux de réadmissions à l'USC dans les 24 heures suivant le transfert de l'utilisateur est transmis mensuellement au comité interdisciplinaire de soins

critiques ». En matière de pertinence, les scores moyens vont de 3,5 à 3,79, pour un consensus allant de 87,5 % à 94,64 %, le critère le moins pertinent étant 5.1.01 et le plus pertinent 5.1.03. Les IVC de l'ensemble des critères varient de 0,86 à 1,00 au plan de la clarté et cotent 1,00 quant à l'importance et à la pertinence des critères proposés. Il s'avère donc que, pour le secteur téléologique, les sept critères présentés aux professionnels et portant sur les dimensions d'efficacité et d'efficience ont été validés à plus de 80 % sur les aspects de clarté, d'importance et de pertinence par la méthode de consensus.

Secteur relationnel

Le *secteur relationnel* concerne la relation qui s'établit entre les professionnels et l'utilisateur et entre les professionnels et les proches. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits. Elle regroupe deux dimensions, soit l'empathie et le respect.

Sous la dimension *empathie*, quatre critères ont été soumis aux professionnels et ils ont tous été validés en ce qui concerne leur clarté, leur importance et leur pertinence. Sous l'item clarté, les résultats moyens s'étalent de 3,5 à 3,71, pour un consensus variant de 87,5 % à 92,86 %. Le libellé du critère 6.1.01 « Les intervenants explorent avec l'utilisateur et ses proches le sens de la situation actuelle » requiert des précisions quant aux termes « sens de la situation actuelle ». De même, des commentaires des professionnels portent sur le fait que ce critère est difficile à mesurer, tout comme le critère 6.1.4 « Les intervenants démontrent un intérêt sincère envers l'utilisateur et ses proches ». Ces deux critères obtiennent également la cote la plus basse au plan de la clarté. Enfin, le critère 6.1.03 portant sur les principes d'intervention en situation de crise nécessite également des précisions. Le critère le plus clair est 6.1.002 « Les intervenants démontrent une écoute active de l'utilisateur et de ses proches ». L'IVC d'un seul critère (en grisé) relatif à la clarté des énoncés démontre un résultat discordant entre les deux méthodes de validation, l'IVC et le consensus, soit 6.1.01, % d'accord 87,5 % et IVC 0,79.

Pour ce qui est de l'importance, les scores moyens vont de 3,62 à 3,86, pour consensus de 90,38 % à 96,43 %. Deux critères obtiennent la moyenne la plus basse,

6.1.01 et 6.1.03 déjà cités, alors que le critère 6.1.02 obtient le meilleur score. Les IVC de tous les critères cotent 1,00.

Enfin, la pertinence des critères obtient des résultats moyens de 3,54 à 3,79, pour un consensus variant entre 88,46 % et 94,64 %. Le critère ayant obtenu la moyenne la plus basse porte sur les interventions en situation de crise (6.1.03) mais obtient tout de même plus de 88 % d'accord, alors que le critère le plus pertinent est également le plus important (6.1.02). Les IVC varient dans l'ensemble de 0,93 à 1,00.

Sous la dimension *respect*, quatre critères ont été soumis aux professionnels et ils ont tous été validés au plan de la clarté, de l'importance et de la pertinence. Sous l'item clarté, les scores moyens varient de 3,50 à 3,86, pour un consensus allant de 87,50 % à 96,43 %. Le critère le moins clair est 7.1.01 « Le code d'éthique de l'établissement est affiché et véhicule le respect de la dignité de l'utilisateur et des proches comme valeur intrinsèque » alors que celui rapporté le plus clair est 7.2.02 « Les informations confidentielles relatives à l'état de l'utilisateur ne sont transmises qu'aux intervenants qui ont des soins à fournir à l'utilisateur et aux proches identifiés par l'utilisateur ou qui en ont la responsabilité légale ». Les IVC varient de 0,93 à 1,00.

En matière d'importance et de pertinence, les résultats moyens varient de 3,21 à 3,79, fournissant un consensus de 80,36 % à 94,64 %. Le critère le moins clair, soit 7.1.01 déjà cité, est également celui qui récolte les plus basses moyennes quant à son importance et à sa pertinence. Les trois autres critères sont d'égale importance alors que les critères 7.2.01 « L'accès au dossier et aux autres documents confidentiels est réservé aux intervenants qui fournissent des soins à l'utilisateur » et 7.2.02 déjà cité sont jugés les plus pertinents. Les commentaires de certains professionnels remettent en question la nécessité d'afficher le code d'éthique et soulignent que d'autres documents peuvent répondre au besoin d'identifier les valeurs adoptées. Un professionnel propose l'ajout d'un critère relatif à la destruction des renseignements nominatifs et un autre demande de changer le mot « intervenants » pour « professionnels » dans ce critère, compte tenu que le préposé aux bénéficiaires n'a pas accès au dossier. Au plan de l'importance des critères, les IVC varient de 0,86 à 1,00 alors que l'IVC d'un seul critère (en grisé) relatif à la pertinence des énoncés démontre un résultat discordant entre les deux méthodes de validation, l'IVC et le consensus, soit 7.1.01, taux d'accord 80,36 % et IVC 0,79.

Il s'avère donc que, pour le secteur relationnel, les huit critères présentés aux professionnels et portant sur les dimensions d'empathie et de respect ont été validés par consensus à plus de 80 % en matière de clarté, d'importance et de pertinence.

Secteur professionnel

Le *secteur professionnel* touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés. Il regroupe trois dimensions, soit la fiabilité et la pertinence des soins, et la responsabilisation.

Dans la dimension *fiabilité*, 25 critères ont été soumis aux informateurs clés professionnels et ils ont tous été validés au plan de la clarté par la méthode de consensus. De ceux-ci, un seul n'a pas été validé quant à son importance (moyenne 3,08, consensus 76,92 %, IVC 0,77) et à sa pertinence (moyenne 3,15, consensus 78,85 %, IVC 0,77), soit le critère 8.1.07 « Des simulations de situations d'urgence sont réalisées de manière régulière ».

En ce qui concerne la clarté des critères, les scores moyens varient entre 3,38 et 3,93 pour un consensus 84,62 % à 98,21 %. Le critère le moins clair est 8.1.06 « Une procédure écrite d'évacuation de l'unité-d'accueil d'un grand nombre d'utilisateurs est a) mise à jour régulièrement, b) diffusée et c) connue des intervenants concernés » alors que deux critères sont jugés les plus clairs, soit 8.3.02 « Les notes au dossier démontrent que l'état clinique et les besoins prioritaires de l'utilisateur sont évalués rigoureusement et de manière continue » et 8.3.08 « Les notes au dossier de tous les intervenants sont lisibles, complètes, chronologiques et reflètent l'évolution de la condition de l'utilisateur ». Plusieurs commentaires rejoignent ceux faits à la dimension accessibilité pour ce qui touche la clarification des termes, la redondance de quatre critères entre les deux listes, soit 1.3.02 à 1.3.05 inclus et 8.3.03 à 8.3.06 inclus et le retrait de listes énumératives pour en faire des critères distincts. L'IVC d'un seul critère (en grisé) relatif à la clarté des énoncés démontre un résultat discordant entre les deux méthodes de validation, l'IVC et le consensus, soit 8.1.04, taux d'accord 87,50 % et IVC 0,79.

Au plan de l'importance, les résultats moyens des critères validés s'étalent de 3,36 à 3,93 fournissant un consensus de 83,93 % à 98,21 %. Le critère qui cote le plus bas au regard de l'importance est 8.2.05 « Des descriptions de tâches à jour sont disponibles pour chaque catégorie de personnel relevant de l'USC » alors que ceux qui obtiennent la moyenne la plus élevée à ce chapitre sont 8.1.05 « Une procédure écrite relative à la sécurité transfusionnelle est a) basée sur des données probantes; b) mise à jour régulièrement; c) diffusée; d) connue des intervenants concernés » et 8.3.01 « Les soins fournis s'accroissent rigoureusement aux procédés et protocoles en vigueur dans l'établissement ». Les IVC de tous les critères varient de 0,85 à 1,00.

Quant à la pertinence, les scores moyens des critères validés varient entre 3,21 et 3,93, fournissant un consensus de 80,36 % à 98,21 %. Le critère le moins pertinent est 8.2.06 déjà cité alors que trois critères atteignent 98,21 % de consensus, 8.1.08 portant sur les règles d'entreposage des produits dangereux, 8.3.07 « Le résultat des soins fournis est évalué rigoureusement et le plan de traitement est rajusté en fonction des résultats obtenus chez l'utilisateur » et 8.3.08 également cité plus haut. Trois critères (en grisé) relatifs à la pertinence des énoncés démontrent un résultat discordant entre les deux méthodes de validation, l'IVC et le consensus, soit le critère 8.2.06, taux d'accord 80,36 %, IVC 0,79, le critère 8.3.05, taux d'accord 82,69 %, IVC 0,77 et le critère 8.3.06, taux d'accord 82,69 % et IVC 0,79.

Les professionnels ne se prononçaient que sur un seul critère dans la dimension *pertinence* « Le niveau des soins offerts à l'utilisateur est conforme à sa condition clinique (ex : l'utilisateur ne fait pas l'objet d'acharnement thérapeutique) » et celui-ci a obtenu des scores moyens de 3,57 pour sa clarté et de 3,79 en matière d'importance et de pertinence pour des consensus respectifs de 89,29 % et 94,64 %. Les IVC du critère sont respectivement de 0,857 pour la clarté, de 1,00 quant à l'importance et de 0,93 concernant la pertinence du critère. Un professionnel s'interroge sur le fait qu'il n'y ait qu'un seul critère dans la norme alors qu'un autre propose d'enlever l'exemple et que deux autres remettent en question l'expression « acharnement thérapeutique ».

Les professionnels ne se prononçaient également que sur un seul critère dans la dimension *responsabilisation* « Les désirs de l'utilisateur en termes de soins à fournir sont consignés au dossier (ex : testament de vie) » et celui-ci a obtenu des scores moyens de

3,93 pour sa clarté et de 3,79 quant à son importance et à sa pertinence, pour des consensus respectifs de 98,21 % et 94,64 %. Tous les IVC sont à 1,00. Ici encore, le même professionnel remet en question la présence d'un seul critère dans la norme et les désirs de l'utilisateur sont remis en cause lorsque la situation est réversible mais que ce dernier a pris une décision préalable.

Ainsi, pour le secteur professionnel, 26 des 27 critères présentés aux professionnels et portant sur les dimensions de fiabilité, de pertinence et de responsabilisation ont été validés avec un consensus de plus de 80 % quant à leur importance et à leur pertinence et ils l'ont tous été au regard de la clarté. De manière générale, 98 % de l'ensemble des paramètres de validation cotés et retenus par les professionnels obtiennent un consensus supérieur à 90,01 %, 0,5 % un consensus entre 80 % et 85 % et 1,5 % un consensus entre 85,01 % et 90 %. En ce qui a trait à la validité de contenu, la liste des critères présentés aux professionnels obtient un IVC de 0,93 pour l'ensemble des 267 paramètres validés de la grille. Sur l'ensemble des réponses fournies par les professionnels aux paramètres validés, un total de 171 cotes sont des 1 ou des 2, soit 10 des 1 et 161 des 2.

Enfin, quelques commentaires généraux ont été émis face au questionnaire en soi plutôt que sur un ou des critères en particulier. Dans l'ensemble, ils ont été repris ça et là dans le texte. Certaines remarques touchent cependant la qualité de vie au travail des intervenants comme un facteur influençant la qualité des soins fournis, de même que les problématiques relatives à l'expertise des intervenants en contexte de pénurie. Deux personnes proposent également l'ajout d'un critère spécifique à l'évaluation de la douleur. Cependant, aucun professionnel n'a rédigé ou soumis lui-même de critères supplémentaires.

Résultats de la validation des critères par les proches

Les résultats de la validation des critères de qualité des soins critiques par les proches consultés sont présentés pour chacune des dix dimensions du construit à l'étude. Afin d'éviter la redondance, les définitions des secteurs seront éliminées tout comme celles de chaque dimension, puisque celles-ci sont les mêmes qu'à la section précédente. Cependant, les dimensions seront rappelées au début des secteurs correspondants.

Par ailleurs, comme chaque proche est associé à un usager dont l'épisode de soin s'est déroulé dans une unité de soins critiques du CSSSC et que les commentaires émis par ceux-ci portent davantage sur la manière dont eux-mêmes ou la personne qu'ils ont accompagnée ont vécu cette situation, la totalité des remarques formulées par les proches qui ont validé les critères soumis ne peut être jointe en appendice pour des raisons évidentes de confidentialité. Seuls quelques commentaires portant sur les critères mêmes seront insérés dans le texte aux endroits appropriés. Les résultats complets de la validation des critères de qualité des soins critiques par les informateurs clés proches sont présentés à l'Appendice Q.

Secteur organisationnel

À titre de rappel, le *secteur organisationnel* regroupe les dimensions d'accessibilité, de confort et de continuité.

Pour la dimension *accessibilité*, 19 critères répartis sous deux normes distinctes ont été soumis aux proches et ils ont tous été validés en matière de clarté, d'importance et de pertinence. Au plan de la clarté des critères, les scores moyens varient de 3,67 à 3,93, pour des consensus de 91,67 % à 98,33 %. Trois critères obtiennent la moyenne la plus basse, soit 1.4.12 « Les proches connaissent le fonctionnement de l'unité », 1.4.16 « Une rencontre d'information quotidienne est prévue entre les proches et les membres de l'équipe responsable des soins de l'usager » et 1.4.18 « Les proches connaissent la procédure pour formuler une plainte ». Les deux critères les plus clairs sont 1.4.10 « Les intervenants répondent aux questions de l'usager et de ses proches dans les meilleurs délais » et 1.4.17 « Les intervenants informent et préparent l'usager et ses proches au transfert dans une autre unité de soins ». Un proche suggère de préciser le mot « intervenant », un autre propose d'installer un tableau à titre d'outil de communication de l'information écrite. Les IVC de l'ensemble des critères varient de 0,93 à 1,00.

En ce qui a trait à l'importance, les scores moyens varient de 3,40 à 4,00 pour un consensus variant de 85 % à 100 %. Deux critères obtiennent la moyenne la plus basse, soit 1.4.03 « Un guide d'accueil est remis et expliqué aux proches » et 1.4.16 cité ci-haut. Quant aux meilleurs scores, deux critères obtiennent 4,00 soit 1.1.01 « L'usager est transféré ou admis à l'USC dès que son état le nécessite » et 1.4.07 « Les intervenants

disent la vérité sur l'état de santé de l'utilisateur et ne cachent rien à ses proches ». Les IVC de tous les critères varient de 0,80 à 1,00.

La pertinence des critères proposés obtient des scores moyens de 3,40 à 4,00 pour un consensus variant de 85 % à 100 %. La moyenne la plus basse est obtenue par deux critères, 1.4.16 portant sur les rencontres quotidiennes et cité ci-haut et 1.4.18 « Les proches connaissent la procédure à utiliser pour formuler une plainte ». Un commentaire d'un proche relatif à ce critère propose « d'afficher la procédure de plainte ». Le critère 1.4.07, portant sur le fait de ne rien cacher de l'état de l'utilisateur aux proches, obtient le score maximal quant à sa pertinence, comme il l'a atteint au regard de son importance.

Le critère portant sur les rencontres quotidiennes (1.4.16) est commenté par un proche en ces termes : « pas nécessairement quotidiennement, mais au besoin, lors des changements de l'état du patient ou des orientations de traitement ». Des remarques de proches portent également sur leur inquiétude de déranger les professionnels par leurs questions et sur le fait qu'en matière d'horaire de visites (1.4.14), « l'utilisateur est plus important », c'est-à-dire que le proche préfère que l'horaire convienne à l'utilisateur plutôt qu'à lui-même. Les IVC de l'ensemble des critères varient de 0,87 à 1,00.

Pour la dimension *confort*, un seul critère a été soumis aux proches et il a été validé en ce qui a trait à sa clarté, à son importance et à sa pertinence. Le critère proposé 2.1.01 « La salle d'accueil réservée aux proches est propre et dotée d'un équipement favorisant le repos (fauteuils, douche, téléviseur, lecture, machines distributrices, etc.) » a obtenu un score moyen de 3,93 concernant sa clarté, 3,67 quant à son importance et 3,73 au plan de la pertinence, pour des accords interjuges respectifs de 98,33 %, 91,67 % et 93,33 % et des IVC de 1,00, de 0,87 et de 0,93. Lors des rencontres avec l'assistante de recherche et de manière informelle, presque tous les proches ont souligné l'importance de la proximité de la salle des familles avec l'USC, à défaut de l'avoir écrit dans leurs commentaires.

En matière de *continuité* des soins, deux critères ont été soumis aux proches et ils ont été validés en matière de clarté, d'importance et de pertinence. Les critères 3.1.01 « Les intervenants connaissent bien la situation de l'utilisateur » et 3.1.02 « Les informations que les intervenants transmettent à l'utilisateur et à ses proches sont

uniformes » obtiennent des moyennes respectives variant de 3,80 à 4,00 en ce qui concerne leur clarté, leur importance et leur pertinence, pour des consensus variant de 95 % à 100 %. Les IVC de tous les critères sont à 1,00.

Il s'avère donc que, pour le secteur organisationnel, les 22 critères soumis aux proches et portant sur les dimensions d'accessibilité, de confort et de continuité ont été validés par un consensus de plus de 80 % en matière de clarté, d'importance et de pertinence.

Secteur téléologique

Le *secteur téléologique* porte sur les résultats des soins et regroupe deux dimensions, l'efficacité et l'efficience.

Dans la dimension *efficacité*, deux critères ont été soumis aux proches et ils ont été validés quant à leur clarté, leur importance et leur pertinence. Les critères 4.1.01 « Les soins reçus par l'utilisateur ont amélioré son état ou soulagé ses symptômes » et 4.1.02 « L'utilisateur et ses proches sont satisfaits des soins reçus » obtiennent des moyennes respectives variant de 3,87 à 3,93 en ce qui a trait à la clarté, à l'importance et à la pertinence, pour des consensus variant de 96,67 % à 98,33 %. Un commentaire d'un proche rapporte que « les soins apportés ne sont pas toujours positifs parce que, malheureusement, il y a des décès ». Les IVC de tous les critères sont à 1,00.

Pour la dimension *efficience*, un seul critère a été soumis aux proches et il a été validé en matière de clarté, d'importance et de pertinence. Le critère 5.1.01 « Les proches savent quoi faire pour ne pas transmettre d'infection à l'utilisateur » a obtenu des scores moyens de 3,87 au plan de la clarté et de 3,93 quant à son importance et à sa pertinence, pour des consensus respectifs de 96,67 % et 98,33 %. Les IVC du critère sont à 1,00.

Ainsi, pour le secteur téléologique, les trois critères soumis aux proches et portant sur les dimensions d'efficacité et d'efficience des soins ont été validés à plus de 80 % de consensus quant à leur clarté, leur importance et leur pertinence.

Secteur relationnel

Le *secteur relationnel* porte sur les relations entre les professionnels et l'utilisateur, et les professionnels et les proches. Il regroupe deux dimensions, l'empathie et le respect.

Sous la dimension *empathie*, cinq critères ont été proposés aux proches et ils ont tous été validés au plan de la clarté, de l'importance et de la pertinence. En ce qui a trait à la clarté, les résultats moyens varient de 3,80 à 3,93, pour des consensus de 95 % à 98,33 %. Le critère le moins clair est 6.1.05 « Les proches savent qu'ils ont le droit de pleurer ». Les critères les plus clairs sont 6.1.02 « L'utilisateur et ses proches se sentent écoutés et compris par les intervenants » et 6.1.04 « L'utilisateur et ses proches se sentent rassurés et soutenus par les paroles des intervenants ». Un proche fait la remarque suivante : « On peut se sentir écouté et compris mais la relation n'est pas nécessairement chaleureuse. » Les IVC de tous les critères sont à 1,00.

Quant à l'importance des critères soumis, elle obtient des scores moyens de 3,73 à 4,00 pour un consensus de 93,33 % à 100 %. Le critère le moins important et le moins pertinent est 6.1.05 cité ci-haut. Deux critères obtiennent le score maximal à ce chapitre, soit 6.1.02, également déjà cité et 6.1.04 « L'utilisateur et ses proches se sentent rassurés et soutenus par les intervenants », qui s'avère être aussi le critère le plus pertinent. Les IVC vont de 0,93 à 1,00.

Enfin, la pertinence des critères d'empathie obtient des scores moyens allant de 3,73 à 4,00 pour un consensus de 93,33 % à 100 %. Les IVC varient également de 0,93 à 1,00 pour tous les critères. Quelques commentaires de proches ciblent certains groupes de professionnels par rapport aux autres quant à la démonstration d'attitudes empathiques.

Sous la dimension *respect*, cinq critères ont été proposés aux proches et tous ont été validés en ce qui concerne leur clarté, leur importance et leur pertinence. À l'aspect clarté des critères, les résultats moyens varient de 3,79 à 3,87, pour un consensus de 94,64 % à 96,67 %. Le critère ayant obtenu la plus basse moyenne est 7.2.02 « L'utilisateur et ses proches n'entendent pas d'indiscrétion de la part des intervenants au sujet de l'état des autres usagers de l'USC » et trois des quatre autres critères obtiennent la cote supérieure, soit 7.1.02 « L'utilisateur et ses proches se sentent respectés par les

intervenants », 7.2.01 « L'utilisateur et ses proches n'entendent pas d'indiscrétion de la part des intervenants au sujet de l'état de l'utilisateur » et 7.2.03 « Lorsqu'on transmet de l'information aux proches concernant l'état de l'utilisateur, c'est dans une salle retirée dont la porte est fermée ».

En ce qui concerne l'importance, les résultats moyens varient de 3,86 à 3,93, pour des accords interjuges de 96,43 % à 98,33 %. Le critère ayant obtenu la plus basse moyenne est aussi celui rapporté comme le moins clair et les critères les plus clairs sont également ciblés comme ayant le plus d'importance. Quant à la pertinence, les scores moyens varient de 3,80 à 3,87 pour des consensus de 95 % à 96,67 %. Un seul critère est plus bas que les autres à ce chapitre, 7.1.02 déjà cité.

Enfin, pour le secteur relationnel, les 10 critères proposés ont été validés par consensus à plus de 80 % au plan de la clarté, de l'importance et de la pertinence, et tous les critères affichent des IVC à 1,00. Plusieurs proches ont émis des commentaires relatifs à l'importance de la confidentialité des informations transmises, à l'endroit où cet échange devrait avoir lieu et au fait que les proches sont également interpellés par cet aspect lorsqu'ils discutent de l'état de l'utilisateur, entre eux ou avec les proches d'autres patients.

Secteur professionnel

À titre de rappel, le *secteur professionnel* regroupe trois dimensions, soit la fiabilité et la pertinence des soins et la responsabilisation

Pour la dimension *fiabilité*, deux critères ont été proposés aux proches et ils ont été validés en matière de clarté, d'importance et de pertinence. En ce qui a trait à la clarté, les deux critères obtiennent des scores moyens de 3,80 pour un niveau de consensus de 95 %. Le critère 8.2.01 « Les usagers et les proches perçoivent les intervenants comme étant compétents » obtient également un score moyen de 3,80 au plan de l'importance, pour un consensus de 95 %, et une cote de 3,87 en matière de pertinence, soit 96,67 % de consensus. Quant au critère 8.2.02 « Les usagers et les proches perçoivent les intervenants comme étant dignes de confiance », il obtient des scores moyens de 3,87 pour l'importance et de 3,80 pour la pertinence, pour des taux respectifs de consensus de 96,67 % et 95 %. Tous les IVC sont à 1,00.

Un seul critère a été soumis aux proches pour la dimension *pertinence* et il a été validé en ce qui concerne sa clarté, son importance et sa pertinence. Le critère 9.1.01 « Les proches estiment que l'utilisateur n'a reçu que les soins appropriés à son état clinique » a obtenu des scores moyens de 3,73 quant à sa clarté, 3,93 pour son importance et 3,87 au plan de sa pertinence, pour des consensus respectifs de 93,33 % (IVC 0,87), 98,33 % (IVC 1,00) et 96,67 % (IVC 1,00).

Pour la dimension *responsabilisation*, neuf critères ont été proposés aux proches et ils ont été validés au plan de la clarté, de l'importance et de la pertinence. En matière de clarté, les scores moyens varient de 3,60 à 3,87. Le critère ayant obtenu le score moyen le plus bas, soit 3,60, est 10.2.06 « Les proches se sentent utiles dans les soins de l'utilisateur », pour un consensus de 90 %. Quatre critères ont obtenu un score moyen de 3,87 et un consensus de 96,67 %, 10.1.01 « Les intervenants discutent avec l'utilisateur et ses proches des préférences de ce dernier et de ses choix en termes de soins à recevoir », 10.1.02 « Les intervenants demandent à l'utilisateur et à ses proches jusqu'où il faut aller si l'état de l'utilisateur se détériore », 10.2.02 « Les intervenants demandent le consentement de l'utilisateur ou de ses proches avant d'initier toute procédure qui le requiert, sauf en situation d'urgence » et 10.2.05 « Les intervenants demandent aux proches de les aider à comprendre ce que veut l'utilisateur quand il a de la difficulté à s'exprimer ». Un proche demande de clarifier ou de nuancer le terme « soins » dans les critères touchant la participation « aux soins » (10.2.01) et le fait de se sentir utile à cette occasion (10.2.06).

Quant à l'importance des critères proposés, des scores moyens variant de 3,67 à 4,00 pour des consensus de 91,67 % à 100 %, ont été obtenus. Le critère ayant obtenu la plus basse moyenne à ce chapitre est 10.2.01 « L'utilisateur et ses proches participent aux soins dans la mesure de leur capacité » alors que le critère 10.1.02 cité ci-haut et portant sur les soins à apporter à l'utilisateur en cas de détérioration de son état obtient la note parfaite.

Enfin, la pertinence des critères proposés obtient des scores moyens allant de 3,73 à 4,00 pour des consensus de 93,33 % à 100 %. Deux critères ont obtenu la moyenne la plus basse, soit 10.2.01, portant sur la participation des proches aux soins et 10.2.02 traitant du consentement aux soins. Un seul critère a obtenu un score moyen de

4,00 au plan de sa pertinence, soit 10.1.02, reconnu aussi comme l'item le plus important.

Enfin, les 12 critères du secteur professionnel ont été validés par les proches à plus de 80 % de consensus et ce, pour les aspects de clarté, d'importance et de pertinence. Tous les IVC varient de 0,93 à 1,00. De manière générale, 99,62 % de l'ensemble des paramètres de validation cotés et retenus par les proches obtiennent un consensus supérieur à 90,01 %, et 0,38 % un consensus entre 80 % et 90 %. L'IVC pour l'ensemble des critères présentés aux proches, soit les 141 paramètres validés de la grille, cote à 0,99. Sur l'ensemble des réponses fournies par les proches aux paramètres validés et parmi les 23 cotes qui ne sont ni des 3 ni des 4, il s'avère que 2 d'entre elles sont des 1 et les 21 autres des 2.

En ce qui concerne les commentaires, les proches ont en général souligné l'importance d'avoir une personne ressource pour les aider à remplir le questionnaire, en l'occurrence une infirmière assistante de recherche. Au plan émotif, deux proches ont démontré des sentiments de tristesse à l'évocation de l'épisode de soins vécu par l'usager, bien que le but du questionnaire n'ait pas été de leur faire raconter leur expérience. L'un d'eux avait eu un suivi psychologique et du soutien a été offert dans les deux cas. Les proches ont refusé de rencontrer le psychologue attitré à la recherche lors de l'entrevue mais, comme les coordonnées de ce dernier leur étaient fournies, il est impossible de savoir s'ils ont finalement eu recours à ce service. De plus, les 15 proches rencontrés ont exprimé leur perception de leur expérience en soins critiques, verbalisé leur niveau de satisfaction face aux soins reçus et formulé leurs commentaires sur l'état des choses, bien que ces aspects n'aient jamais été sollicités dans les critères soumis. Toutefois, aucun nouveau critère n'a été rédigé et proposé par les proches.

Résultats de la validation des critères par les usagers

Les résultats de la validation des critères de qualité des soins critiques par les usagers consultés sont présentés pour neuf des dix dimensions du construit à l'étude. En effet, aucun critère n'a été soumis aux usagers pour la dimension pertinence. Afin d'éviter la redondance, les définitions des secteurs seront éliminées tout comme celles de chaque dimension, puisque celles-ci sont les mêmes qu'aux sections précédentes.

Cependant, les dimensions reliées à chaque secteur seront rappelées au début des secteurs correspondants.

Par ailleurs, comme l'épisode de soins de chaque usager s'est déroulé dans une unité de soins critiques du CSSSC et que les commentaires émis par ceux-ci portent davantage sur la manière dont eux-mêmes ou la personne qui les a accompagnés a vécu cette situation, la totalité des remarques formulées par les usagers qui ont validé les critères soumis ne peut être jointe en appendice pour des raisons évidentes de confidentialité. Seuls quelques commentaires portant sur les critères mêmes seront insérés dans le texte aux endroits appropriés. Les résultats complets de la validation des critères de qualité des soins critiques par les informateurs clés usagers sont présentés à l'Appendice R.

Secteur organisationnel

À titre de rappel, le *secteur organisationnel* regroupe les dimensions d'accessibilité, de confort et de continuité.

Pour la dimension *accessibilité*, neuf critères ont été soumis aux usagers et ils ont tous été validés en ce qui concerne leur clarté, leur importance et leur pertinence. Au plan de la clarté des critères proposés, les scores moyens varient de 3,67 à 3,87, pour des consensus de 91,67 % à 96,67 %. Deux critères obtiennent la moyenne la plus basse, 1.3.01 « L'appel de l'utilisateur pour obtenir de l'aide est rapidement pris en considération » et 1.4.06 « L'utilisateur et ses proches savent quels intervenants sont responsables des soins et à qui poser des questions ». Le critère le plus clair est 1.4.01 « Des documents écrits concernant la maladie de l'utilisateur sont remis et expliqués à l'utilisateur et à ses proches ». Un usager commente le critère 1.4.02 « Les intervenants expliquent clairement à l'utilisateur et à ses proches la nature et le but des soins fournis, des équipements utilisés, des traitements et des examens faits » en ajoutant « compte tenu de la condition de l'utilisateur ». Les IVC de tous les critères sont à 1,00.

Au regard de l'importance, les scores moyens vont de 3,60 à 3,87, pour des consensus variant de 90 % à 96,67 %. Le critère ayant obtenu la moyenne la plus basse est 1.4.06 portant sur le fait de connaître la personne responsable des soins de l'utilisateur et cité plus haut, et celui ayant la plus haute est 1.3.01 ayant trait à la rapidité avec

laquelle les intervenants répondent à l'appel de l'utilisateur et également déjà rapporté. Les IVC de l'ensemble des critères varient de 0,93 à 1,00.

En ce qui concerne la pertinence des critères relatifs à la dimension d'accessibilité, les scores moyens varient de 3,47 à 3,80, pour des consensus de 86,67 % à 95 %. Le critère 1.4.06 déjà cité a obtenu la plus basse moyenne et le critère 1.4.04 « Les intervenants disent la vérité sur l'état de l'utilisateur et ne cachent rien à l'utilisateur et à ses proches » a obtenu la plus élevée. Les IVC varient également de 0,93 à 1,00.

Un usager insiste sur l'importance de remettre la documentation et d'en expliquer le contenu avant la chirurgie.

Pour la dimension *confort*, quatre critères ont été soumis aux usagers et ils ont tous été validés par consensus en matière de clarté; cependant, trois d'entre eux seulement l'ont été au regard de leur importance et de leur pertinence. Au plan de la clarté, deux critères obtiennent un score moyen de 3,73, pour un consensus de 93,33 % et les deux autres une moyenne de 3,87, fournissant un consensus de 96,67 %. Les deux critères les moins clairs sont 2.1.03 « Des moyens autres que des médicaments comme la musique avec des écouteurs, un massage, etc. sont offerts à l'utilisateur afin de faciliter son repos » et 2.1.04 « La température de l'USC est adéquate (ni trop chaude, ni trop froide) ». Les deux autres sont 2.1.01 « L'unité de soins est suffisamment calme pour permettre le repos de l'utilisateur » et 2.1.02 « L'utilisateur est installé dans une position qui lui permet de se reposer ». Les IVC de tous les critères sont à 1,00.

Le critère 2.1.03 portant sur les moyens alternatifs de soulager la douleur et de favoriser le repos n'a pas été validé en matière d'importance, avec une moyenne de 2,87 et un consensus de 71,67 % (IVC 0,47), ni de pertinence, avec une moyenne de 3,07 pour un consensus de 76,67 % (IVC 0,67).

Le critère ayant obtenu les meilleures moyennes quant à son importance (3,93) et à sa pertinence (3,87) est le critère 2.1.02, qui a trait au fait de donner à l'utilisateur une position lui permettant de se reposer, pour des consensus respectifs de 98,33 % et de 96,67 %.

Pour la dimension *continuité*, deux critères ont été soumis aux usagers et ils ont tous deux été validés pour les aspects de clarté, d'importance et de pertinence. Au plan de la clarté, le critère 3.1.01 « Les intervenants connaissent bien la situation de

l'utilisateur » obtient une moyenne de 3,73, pour un consensus de 93,33 % et le critère 3.1.02 « Les informations que les intervenants transmettent à l'utilisateur et à ses proches sont uniformes » une moyenne de 3,80, pour un consensus de 95 %.

Le critère 3.1.01 obtient les meilleurs résultats quant à son importance et à sa pertinence, avec une moyenne de 3,93 et un consensus de 98,33 % dans les deux cas alors que le critère 3.1.02 obtient une moyenne de 3,87 et un consensus de 96,67 %, également au plan de l'importance et de la pertinence. Les IVC de tous les critères sont à 1,00 sauf pour un critère en matière de clarté qui cote 0,93. Un usager propose une modification à la norme 3.1 « Les soins fournis à l'utilisateur et à ses proches sont ininterrompus », à savoir de biffer les mots « à ses proches ».

Pour le secteur organisationnel, 14 des 15 critères soumis ont donc été validés à plus de 80 % de consensus en matière d'importance et de pertinence par les informateurs clés usagers, bien qu'ils l'aient tous été en ce qui a trait à leur clarté.

Secteur téléologique

Le *secteur téléologique* porte sur les résultats des soins et regroupe deux dimensions, l'efficacité et l'efficience.

La dimension *efficacité* comprend deux critères qui ont été soumis aux usagers et ils ont tous deux été validés au plan de leur clarté, de leur importance et de leur pertinence. La clarté du critère 4.1.01 « Les soins reçus par l'utilisateur ont amélioré son état ou soulagé ses symptômes » a obtenu un score moyen de 3,73, pour un consensus de 93,33 % alors que le critère 4.1.02 « L'utilisateur et ses proches sont satisfaits des soins reçus » affiche une moyenne de 3,80 pour un consensus de 95 %. Les IVC des deux critères sont à 1,00.

Toutefois, le critère 4.1.01 obtient les meilleures moyennes quant à son importance, soit 3,93, pour un consensus de 98,33 % et à sa pertinence, à savoir 3,80, pour un consensus de 95 %, alors que le critère 4.1.02 obtient respectivement 3,80 (95 %) et 3,67 (91,67 %) à ces chapitres. Les IVC sont à 1,00 quant à l'importance des critères proposés et varient de 0,93 à 1,00 quant à leur pertinence.

Un seul critère a été soumis aux usagers pour la dimension *efficience* et il a été validé en matière de clarté, d'importance et de pertinence. Le critère 5.1.01 « Les

intervenants se lavent les mains avant et après avoir donné des soins à l'utilisateur » obtient 3,73 pour sa clarté, 3,93 concernant son importance et 3,87 pour sa pertinence, pour des accords consensus de 93,33 % (IVC 0,93), 98,33 % (IVC 1,00) et 96,67 % (IVC 1,00). Les trois critères du secteur téléologique ont donc été validés par consensus à plus de 80 % en ce qui a trait à leur clarté, leur importance et leur pertinence.

Secteur relationnel

Le *secteur relationnel* porte sur les relations entre les professionnels et l'utilisateur et les professionnels et les proches. Il regroupe deux dimensions, l'empathie et le respect.

Sous la dimension empathie, cinq critères ont été proposés aux usagers et ils ont tous été validés quant à leur clarté, leur importance et leur pertinence. Au plan de la clarté, deux critères obtiennent une moyenne de 3,80 pour un consensus de 95 %, 6.1.04 « L'utilisateur et ses proches se sentent rassurés et soutenus par les paroles des intervenants » et 6.1.05 « L'utilisateur ne se sent pas seul ». Les trois autres obtiennent des scores moyens de 3,73 et des consensus de 93,33 %, soit 6.1.01 « L'utilisateur et ses proches peuvent exprimer leurs sentiments et leurs craintes aux intervenants, même la peur de la mort », 6.1.02 « L'utilisateur et ses proches se sentent écoutés et compris par les intervenants » et 6.1.03 « L'utilisateur et ses proches ne se sentent pas jugés par les intervenants ». Les IVC de tous les critères sont à 1,00.

Quant à l'importance des critères proposés, les moyennes obtenues varient de 3,60 à 3,80. Les critères 6.1.02 et 6.1.03 obtiennent des scores moyens de 3,60 pour un consensus de 90 % alors que le critère 6.1.05 obtient la plus haute moyenne avec 3,80, soit un consensus de 95 %. En ce qui concerne la pertinence, trois critères, 6.1.01, 6.1.02 et 6.1.04 obtiennent une moyenne de 3,60, pour un consensus de 90 % alors que le critère 6.1.05 est également le plus pertinent avec 3,73, soit 93,33 % d'accord. Les IVC varient de 0,93 à 1,00 quant à l'importance et à la pertinence des critères proposés.

Sous la dimension *respect*, huit critères répartis sous deux normes ont été proposés aux usagers et tous ont été validés en matière de clarté, d'importance et de pertinence. Sous l'item clarté, les résultats moyens varient de 3,60 à 3,80. Deux critères ont obtenu des scores moyens de 3,60, soit 7.1.02 « Les intervenants appellent l'utilisateur

par son nom et le vouvoie ou le tutoie selon son choix » et 7.2.02 « L'utilisateur et ses proches n'entendent pas d'indiscrétion de la part des intervenants au sujet de l'état des autres usagers de l'USC », pour un consensus de 90 %. Deux autres ont obtenu des scores moyens de 3,80, soit 7.1.03 « Les intervenants ferment systématiquement les rideaux (ou les portes de la chambre) lorsqu'ils prodiguent des soins à l'utilisateur » et 7.1.05 « Les intervenants maintiennent le mieux possible l'intimité de l'utilisateur pendant qu'ils lui prodiguent des soins », pour un consensus de 95 %. Un usager demande de préciser le terme « indiscrétion » présent dans les critères 7.2.01 et 7.2.02. Les IVC de tous les critères varient de 0,93 à 1,00.

En matière d'importance, les scores moyens varient de 3,27 à 3,93, pour des consensus de 81,67 % à 98,21 %. Le critère ayant obtenu la plus basse moyenne est 7.1.04 « Les intervenants demandent la permission d'entrer dans la chambre de l'utilisateur lorsque les rideaux sont tirés » alors que deux critères obtiennent la moyenne la plus élevée, 7.1.03 et 7.2.02 cités ci-haut. Au regard de l'IVC, un critère (en grisé) relatif à l'importance des énoncés démontre des résultats discordants entre les deux méthodes de validation, l'IVC et le consensus, soit 7.1.02, % d'accord 83,33 % et IVC 0,73.

Quant à la pertinence des critères proposés, les résultats moyens varient de 3,33 à 3,80, fournissant des consensus de 83,33 % à 95 %. Le critère le moins pertinent est également 7.1.04 portant sur le fait de demander la permission d'entrer dans la chambre lorsque les rideaux sont tirés alors que celui qui obtient la meilleure moyenne est 7.1.03 qui aborde le fait de fermer les rideaux ou la porte pour prodiguer des soins. Enfin, les 13 critères du secteur relationnel ont été validés à plus de 80 % de consensus en ce qui a trait à leur clarté, leur importance et leur pertinence par les usagers.

Secteur professionnel

À titre de rappel, le *secteur professionnel* regroupe trois dimensions, soit la fiabilité et la pertinence des soins, et la responsabilisation. Toutefois, les usagers n'ont pas eu à se prononcer sur des critères portant sur la pertinence des soins.

Sous la dimension *fiabilité*, deux critères ont été proposés aux usagers et tous ont été validés en matière de clarté, d'importance et de pertinence. La clarté du critère 8.2.01 « Les usagers et les proches perçoivent les intervenants comme étant compétents » a

obtenu un score moyen de 3,67, pour un consensus de 91,67 % alors que le critère 8.2.02 « L'utilisateur et les proches perçoivent les intervenants comme étant dignes de confiance » affiche une moyenne de 3,71 pour un consensus de 92,86 %. Un usager émet le commentaire que le critère 8.2.02 lui paraît répéter le précédent, soit 8.2.01.

Le critère 8.2.02 obtient les meilleures moyennes en quant à son importance et à sa pertinence, soit 4,00 pour un consensus de 100 % dans le premier cas, et 3,71, pour un de consensus de 92,86 % dans le second cas. Le critère 8.2.01 obtient respectivement 3,80 (95 %) et 3,67 (91,67 %) à ces chapitres. Les IVC de tous les critères sont à 1,00.

Sous la dimension *responsabilisation*, six critères ont été proposés aux usagers et tous ont été validés en ce qui concerne leur clarté, leur importance et leur pertinence. En ce qui a trait à l'aspect clarté, les scores moyens varient de 3,60 à 3,80, pour des consensus allant de 90 % à 95 %. Le critère 10.1.02 « Les intervenants demandent à l'utilisateur et à ses proches jusqu'où il faut aller si l'état de l'utilisateur se détériore » est signalé comme étant le moins clair alors que deux critères obtiennent la meilleure moyenne à savoir 10.1.03 « L'utilisateur et ses proches se sentent respectés dans leurs choix » et 10.2.02 « L'utilisateur peut voir ses proches autant qu'il le désire ». Les IVC de l'ensemble des critères varient de 0,93 à 1,00.

En ce qui trait à l'importance des critères, les scores moyens varient de 3,53 à 3,93, pour des consensus de 88,33 % à 98,33 %. Le critère le moins important est 10.2.01 « L'utilisateur et ses proches participent aux soins dans la mesure de leurs capacités » alors que celui ayant obtenu la plus haute moyenne est 10.1.02 cité ci-haut et portant sur les volontés quant au niveau de soins à fournir à l'utilisateur. Les IVC varient de 0,87 à 1,00.

Quant à la pertinence des critères, elle obtient des scores moyens entre 3,47 et 3,80, pour des consensus variant de 86,67 % à 95 %. Le critère le moins pertinent est 10.2.02 portant sur la possibilité pour l'utilisateur de voir ses proches autant qu'il le désire alors que celui ayant obtenu la meilleure moyenne est 10.2.03 « L'utilisateur se sent soutenu par ses proches ». Les IVC varient également de 0,87 à 1,00.

Un usager précise, pour le critère 10.1.01 « Les intervenants discutent avec l'utilisateur et ses proches des préférences de ce dernier et de ses choix en termes de soins à recevoir », que le proche devrait être la personne choisie par l'utilisateur. De même, pour le

critère 10.1.02, un usager demande de préciser l'expression « jusqu'où il faut aller ». Enfin, les huit critères du secteur professionnel ont été validés à plus de 80 % de consensus en matière de clarté, d'importance et de pertinence par les usagers. De manière générale, 99,32 % de l'ensemble des paramètres de validation cotés et retenus par les usagers obtiennent un consensus supérieur à 90,01 % et 0,68 % un consensus entre 80 % et 90 %. Pour ce qui touche la validité de contenu, la liste des critères présentés aux usagers obtient un IVC de 0,98 pour les 116 paramètres validés de la grille. Sur l'ensemble des réponses fournies par les usagers pour les paramètres validés, 35 d'entre elles ne cotent pas 3 ou 4, c'est-à-dire que quatre obtiennent une valeur à 1 et 31 un score de 2.

Quelques commentaires des usagers soulignent que le contenu et le déroulement de l'étude sont très agréables. Un usager a trouvé difficile de distinguer entre l'importance et la pertinence des critères proposés. Lors des discussions avec l'assistante de recherche, cinq usagers affirment avoir peu de souvenirs de leur passage à l'USC et l'un d'eux rapporte garder une impression globale « de peur ». Deux usagers ont démontré des sentiments de tristesse à l'évocation de leur séjour en USC et ne sont pas en couple avec des proches ayant présenté la même attitude. Les usagers ont également refusé de rencontrer le psychologue attiré à la recherche lors de l'entrevue mais, comme les coordonnées de ce dernier leur étaient fournies, il est impossible de savoir s'ils ont finalement eu recours à ce service. De plus, tout comme les proches, les 15 usagers rencontrés ont exprimé leur perception de leur expérience en soins critiques, verbalisé leur niveau de satisfaction face aux soins reçus et formulé leurs commentaires sur l'état des choses, bien que ces aspects n'aient jamais été sollicités dans les critères soumis. Enfin, tout comme les deux autres groupes d'informateurs clés, aucun usager n'a rédigé et proposé de nouveaux critères.

À la lumière des lignes précédentes, il s'avère évident que le consensus entre les trois groupes d'informateurs clés n'a pas la même teneur, mais des analyses statistiques plus détaillées peuvent révéler l'importance des similitudes et des différences dans les propos émis. L'Appendice S présente les statistiques descriptives par informateur clé et par groupe d'informateurs clés pour chaque dimension du construit de qualité des soins critiques.

Résultats des analyses statistiques complémentaires

Les professionnels n'ont pas tous porté le même jugement sur les critères soumis. Certains ont été davantage en accord et d'autres se sont positionnés à l'inverse. Il s'avère intéressant d'examiner la moyenne globale de chaque juge quant à l'ensemble des paramètres cotés pour l'ensemble des dimensions de même que la variabilité des jugements qu'il a émis et ce, en les comparant aux mêmes paramètres pour le groupe auquel il appartient. Le Tableau 15 présente la comparaison des résultats de chaque professionnel pour l'ensemble des paramètres de validation. Le professionnel ayant le numéro sept est absent du tableau, car il correspond à la personne s'étant désistée.

Tableau 15

Comparaison des résultats de chaque professionnel
pour l'ensemble des paramètres de validation

Professionnel	Moyenne	Écart-type
Prof 1- Infirmière	3,86	0,37
Prof 2- Physio	3,89	0,20
Prof 3- Gestionnaire	3,64	0,38
Prof 4- Infirmière	3,85	0,17
Prof 5- Infirmière	3,57	0,41
Prof 6- Infirmière	3,51	0,40
Prof 8- Médecin	3,88	0,18
Prof 9- Pharmacien	3,75	0,28
Prof 10- Inhalo	3,67	0,43
Prof 11- Pharmacien	3,13	0,38
Prof 12- Gestionnaire	3,74	0,30
Prof 13- Pharmacien	3,37	0,42
Prof 14- Infirmière	3,89	0,23
Prof 15- Inhalo	3,83	0,21
Ensemble des professionnels	3,69	0,23

Les moyennes globales obtenues par les professionnels pour l'ensemble des paramètres de validation soumis varient de 3,13 à 3,89 et les écarts-types de 0,17 à 0,43, pour une moyenne de groupe de 3,69 et un écart-type de 0,23. Il s'avère que deux professionnels, des pharmaciens, ont attribué les scores les plus faibles (en grisé), pour des moyennes respectives de 3,13 et 3,37 pour l'ensemble des résultats sur les critères proposés, alors que six professionnels se situent sous la moyenne de 3,69 et huit au-dessus. Les professionnels affichant des scores sous la moyenne du groupe montrent

également un écart-type plus élevé que celui de leurs pairs, c'est-à-dire que leurs résultats sont moins constants et varient davantage.

Lorsqu'on examine les résultats par dimension pour ce même groupe, les scores minimums obtenus pour une dimension varient entre 2,00 et 3,5 et 8 des 30 aspects mesurés (10 dimensions X 3 paramètres) ont un minimum inférieur à 3,00 alors que 13 d'entre eux obtiennent un minimum de 3,00. Quant aux maximums, ils varient entre 3,92 et 4,00. Les moyennes varient cependant de 3,46 à 3,93, pour des taux d'accord allant de 86,61 % à 98,21 %. Des consensus de moins de 90 % sont notés pour les dimensions d'efficacité aux plans de la clarté (88,39 %), de l'importance (86,61 %) et de la pertinence (88,39 %), d'empathie (89,29 %) et de pertinence (89,29 %) au regard de la clarté des critères soumis.

Quant aux proches, ils n'ont pas non plus tous porté le même jugement sur les critères proposés. Le Tableau 16 présente la comparaison des résultats de chaque proche pour l'ensemble des paramètres de validation.

Tableau 16
Comparaison des résultats de chaque proche
pour l'ensemble des paramètres de validation

Proche	Moyenne	Écart-type
Proche 1	4,00	0,00
Proche 2	3,87	0,27
Proche 3	3,99	0,02
Proche 4	4,00	0,00
Proche 5	3,42	0,35
Proche 6	3,92	0,36
Proche 7	3,92	0,18
Proche 8	3,94	0,14
Proche 9	3,97	0,06
Proche 10	3,67	0,37
Proche 11	3,78	0,54
Proche 12	3,98	0,04
Proche 13	3,99	0,02
Proche 14	4,00	0,01
Proche 15	3,29	0,53
Ensemble des proches	3,85	0,22

Les moyennes obtenues par les proches pour l'ensemble des paramètres de validation soumis varient de 3,29 à 4,00, et les écarts-types de 0,00 à 0,54, pour une moyenne de groupe de 3,85 et un écart-type de 0,22. Quatre proches ont coté sous la moyenne dont deux de manière beaucoup plus marquée (en grisé), soit 3,29 et 3,42, alors que trois d'entre eux, soit 20 % des répondants, ont attribué les scores les plus élevés, pour une moyenne de 4,00, c'est-à-dire qu'ils ont coté 4,00 à toutes les questions. Enfin, quatre autres proches affichent une moyenne pour l'ensemble de leurs scores de plus de 3,95. Le proche 14 présente une moyenne à 4,00 et un écart-type à 0,01 compte tenu de la correction des décimales à deux chiffres après la virgule, le score vrai de ce juge étant de 3,998.

Chez les proches, les scores minimums obtenus pour une dimension varient entre 2 et 3,4 et 3 des 30 aspects mesurés (10 dimensions X 3 paramètres) ont un minimum inférieur à 3,00 alors que 18 d'entre eux obtiennent un minimum de 3,00. Quant aux maximums, ils sont tous à 4,00. Les moyennes varient cependant de 3,67 à 3,97, pour des taux d'accord allant de 91,67 % à 99,17 %. Les proches obtiennent plus de 95 % de consensus pour la clarté, l'importance et à la pertinence de la majorité des critères regroupés dans les dimensions sauf pour l'accessibilité (importance 94,47 % et pertinence 94,21 %) et le confort (importance 91,67 % et pertinence 90,47 %).

Enfin, le jugement des usagers varie également d'un individu à l'autre en ce qui a trait aux paramètres de validation soumis. Le Tableau 17 expose la comparaison des résultats de chaque usager pour l'ensemble des paramètres de validation.

Tableau 17
 Comparaison des résultats de chaque usager
 pour l'ensemble des paramètres de validation

Usager	Moyenne	Écart-type
Usager 1	4,00	0,00
Usager 2	3,43	0,47
Usager 3	3,93	0,09
Usager 4	3,95	0,13
Usager 5	3,99	0,03
Usager 6	3,90	0,17
Usager 7	3,88	0,23
Usager 8	3,25	0,34
Usager 9	4,00	0,00
Usager 10	3,23	0,39
Usager 11	3,63	0,33
Usager 12	3,96	0,13
Usager 13	3,97	0,09
Usager 14	3,90	0,16
Usager 15	3,13	0,38
Ensemble des usagers	3,74	0,32

Les moyennes obtenues par les usagers pour l'ensemble des paramètres de validation soumis varient de 3,13 à 4,00, et les écarts-types de 0,00 à 0,47 pour une moyenne de groupe de 3,74 et un écart-type de 0,32. Cinq usagers cotent sous la moyenne, dont trois d'entre eux (en grisé) de manière plus marquée avec des résultats respectifs de 3,13, 3,23 et 3,25, alors que deux autres, soit 13,4 % des répondants, ont attribué les scores les plus élevés, pour une moyenne de 4,00, c'est-à-dire qu'ils ont coté 4,00 à toutes les questions. Quatre autres usagers cotent au-dessus de 3,95.

Toujours chez les usagers, les scores minimums obtenus pour une dimension varient entre 2,00 et 3,25 et 9 des 27 aspects mesurés (9 dimensions X 3 paramètres) affichent un minimum inférieur à 3,00 alors que 17 d'entre eux obtiennent un minimum de 3,00. Les cases relatives à la dimension de pertinence des soins sont cependant demeurées vides pour le groupe des usagers puisque ceux-ci n'ont pas été interrogés sur cette dimension. Quant aux maximums, ils sont tous à 4,00. Les moyennes varient cependant de 3,60 à 3,93, pour des taux d'accord allant de 90 % à 98,33 %. Les usagers ont obtenu un taux d'accord de 90 % à 95 % quant à la clarté, à l'importance et à la

pertinence de la majorité des critères regroupés en dimensions, sauf lorsqu'il s'agit de la continuité (importance et pertinence 97,5 %), de l'efficacité (importance 96,67 %), de l'efficacité (importance 98,33 % et pertinence 96,67 %) et de la fiabilité (importance 96,67 %). Des rapprochements entre les résultats obtenus par les usagers et leurs proches ont été tentés, puisque, parmi les 15 usagers interrogés, 10 d'entre eux avaient un proche qui a également validé les critères soumis. Le Tableau 18 présente la comparaison par dyade des moyennes des résultats pour les trois paramètres de validation des 26 critères soumis à leur jugement.

Tableau 18
Comparaison par dyade des moyennes des résultats pour les trois paramètres de validation des 26 critères soumis à leur jugement

Dyade	Critères communs	
	Moyenne usagers	Moyenne proches
1	4,00	4,00
2	3,95	3,99
3	4,00	3,98
4	3,98	4,00
5	3,88	3,45
6	3,92	4,00
7	3,23	4,00
8	3,56	4,00
9	4,00	4,00
10	3,98	3,99

De manière générale, 7 dyades sur 10 attribuent une moyenne globale relativement équivalente à l'ensemble des critères qui leur sont soumis alors que 3 dyades (en grisé) perçoivent ces derniers fort différemment.

Par la suite, des tests statistiques complémentaires ont été réalisés afin de vérifier la présence de différences significatives lorsque la situation était propice, à savoir entre les divers groupes de professionnels et entre les usagers et les proches pour les 26 critères identiques sur lesquels ils ont porté un jugement. L'Appendice T expose les analyses statistiques des différences de résultats entre les professionnels d'une part et entre les usagers et les proches d'autre part. La synthèse de ces résultats est présentée dans les lignes qui suivent.

Comparaison des résultats des professionnels

L'hypothèse testée était que les résultats moyens obtenus par chacun des groupes de professionnels en matière de clarté, d'importance et de pertinence des critères proposés étaient identiques. Un test de Kruskal-Wallis bilatéral pour échantillons indépendants indique des différences significatives dans les résultats et ce, pour deux dimensions, permettant de rejeter H_0 au seuil de signification de 0,05 pour celles-ci. Des différences significatives sont observées pour les dimensions de confort en matière de clarté (p 0,049) et d'empathie au plan de l'importance (p 0,049) et de pertinence (p 0,043) des critères proposés.

Pour la dimension confort, une étude des scores obtenus permet de constater que le groupe des infirmières, le physiothérapeute et le médecin obtiennent les résultats les plus élevés, suivis du groupe des gestionnaires, de celui des pharmaciens et finalement de celui des inhalothérapeutes. En matière d'importance et de pertinence des critères d'empathie soumis, un examen des résultats pour chaque sous-groupe permet de se rendre compte que le physiothérapeute et le médecin obtiennent les scores les plus élevés, suivis dans l'ordre du groupe des infirmières, de ceux des gestionnaires et des inhalothérapeutes et finalement de celui des pharmaciens. Bien qu'il soit maintenant connu qu'il y ait des différences dans les six groupes, il est impossible de savoir si les comparaisons deux à deux sont significatives.

Des comparaisons deux à deux avec des tests de Mann-Whitney bilatéraux pour échantillons indépendants ont donc été requises afin de cibler de manière plus précise les divergences constatées. Les résultats obtenus par chaque sous-groupe de professionnels ont alors été comparés avec ceux de l'ensemble des professionnels. À cette fin, les scores des individus du sous-groupe visé ont été extraits alternativement des résultats obtenus par l'ensemble des professionnels, produisant ainsi quatre niveaux de comparaison. Par exemple, lors de la comparaison des résultats du groupe des gestionnaires avec celui des professionnels, les résultats obtenus par les deux gestionnaires étaient comparés à ceux obtenus par les 12 autres professionnels composant ce groupe d'informateurs clés. Aucune comparaison deux à deux n'a été effectuée entre les résultats du médecin et celui du groupe de professionnels, de même que pour les résultats obtenus par le physiothérapeute et ceux des professionnels, compte

tenu que ce sont des individus seuls et que les résultats ne pourraient être retenus comme statistiquement significatifs.

Il n'y a aucune différence significative au plan statistique entre les résultats des professionnels pris de manière globale et ceux des gestionnaires. Toutefois, des écarts statistiquement significatifs ont été trouvés par rapport au groupe de professionnels dans trois sous-groupes. Tout d'abord, les infirmières affichent de manière significative des scores plus élevés que le groupe formé par les autres professionnels pour la clarté ($p\ 0,049$) des critères de la dimension confort, l'importance ($p\ 0,03$) et la pertinence ($p\ 0,03$) des critères de la dimension empathie.

Quant aux pharmaciens, ils obtiennent de manière statistiquement significative des valeurs inférieures au groupe formé par les autres professionnels pour l'importance ($p\ 0,01$) et la pertinence ($p\ 0,00$) de critères de la dimension empathie, la clarté ($p\ 0,02$), l'importance ($p\ 0,00$) et la pertinence ($p\ 0,01$) des critères de la dimension respect, et l'importance des critères des dimensions de fiabilité ($p\ 0,03$) et de pertinence ($p\ 0,04$). Enfin, les inhalothérapeutes obtiennent de manière statistiquement significative un score inférieur au groupe formé par les autres professionnels pour la clarté ($p\ 0,03$) des critères de la dimension confort.

Comparaison des résultats des usagers et des proches

Par la suite, un test non paramétrique de Mann-Whitney bilatéral pour échantillons indépendants a été effectué afin de vérifier si les différences obtenues entre les résultats des groupes d'informateurs clés usagers et proches étaient statistiquement significatives. L'hypothèse testée était que les résultats obtenus par les deux groupes d'informateurs clés étaient identiques. Le test de Mann-Whitney pour échantillons indépendants indique des différences significatives dans les résultats pour la dimension d'empathie, permettant de rejeter H_0 au seuil de signification de 0,05 pour cette dimension. Ce test a été effectué sur les 26 critères communs aux usagers et aux proches, regroupés sous sept dimensions, soit l'accessibilité, la continuité, l'efficacité, l'empathie, le respect, la fiabilité et la responsabilisation. Seule l'empathie présente des différences significatives au plan de l'importance ($p\ 0,03$) et de pertinence ($p\ 0,03$) des éléments soumis. Dans les deux cas, les résultats se sont avérés plus élevés de manière

significative chez les usagers par rapport aux proches en ce qui a trait à l'importance et à la pertinence des critères proposés. Aucune différence significative n'a été notée quant à la clarté des énoncés soumis aux deux groupes.

Ceci termine donc la présentation des résultats obtenus par les professionnels, les usagers et les proches lors de la validation nominale des critères de qualité des soins critiques issus de la recension des écrits. Le chapitre suivant expose la discussion au regard de la démarche réalisée et des résultats obtenus, de même que quelques avenues de recherche future en matière de mesure et d'évaluation de la qualité des soins critiques.

Chapitre 5

Discussion et recommandations

Le cinquième et dernier chapitre a pour objet de discuter des résultats de la recherche et de la méthode utilisée, et se divise en cinq parties principales. Les deux premières parties sont abordées au regard des questions de recherche soulevées, alors que les sections suivantes traitent respectivement des considérations méthodologiques et des avantages et limites de la présente recherche. Enfin, des recommandations émises quant à des recherches futures en matière de qualité des soins critiques viennent clore le présent chapitre.

Première question de recherche

La première question de recherche était libellée ainsi : *Quelles sont, selon les écrits pertinents, les dimensions qui permettent de rendre opérationnel le construit « qualité des soins dispensés en unité de soins critiques » ?*

La recension des écrits a été une période charnière de ce processus de recherche et a poursuivi un double objectif. Dans un premier temps, elle a certes servi à répondre à la première question de recherche, mais, dans un second temps, elle a également eu pour mission de définir et de circonscrire le domaine de l'étude, ce qui correspond aux deux premières phases de la méthode, soit la planification et la construction selon la méthode de Benson et Clark (1982).

Tout d'abord, une revue exhaustive des écrits a couvert les quatre principaux champs théoriques de l'étude, soit ceux de la qualité, de la qualité des soins, des soins critiques et enfin de la qualité des soins critiques. Le foisonnement de documents s'est rapidement avéré un problème de taille et il a fallu restreindre leur nombre à des proportions réalistes puisque le domaine de la qualité de manière générale et celui de la qualité des soins de manière spécifique fournissent annuellement et à eux seuls bon nombre de publications. Les critères utilisés aux fins d'élagage ont porté notamment sur l'aspect prépondérant de l'écrit, à savoir qu'il fasse figure de référence dans son

domaine et serve d'ancrage à d'autres auteurs sur le sujet (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005b; Brunelle, 1993; Donabedian, 1980, 1986, 1988, 2003; Haddad et al., 1997; Lohr, 1990; Lozeau, 2002; Palmer, 1991; Povar, 1991; Reeves & Bednar, 1994; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995). Toutefois, certains auteurs soutenaient des positions peu connues qui méritaient également d'être explorées et ils ont été retenus (Attree, 1993, 1996, 2001b; Brown, 1992; Gunther, 2001; Gunther & Alligood, 2002; Johnson et al., 2000; Larrabee, 1996; Meyers et al., 2000; Mitchell et al., 1998; Mitchell & Lang, 2004).

De même, l'évolution fulgurante de la science médicale et le fait que l'usager en soins critiques soit constamment en position d'extrême vulnérabilité génèrent une somme impressionnante de données cliniques, de guides de pratique et de données probantes qui dépassent rapidement l'entendement. Par ailleurs, l'avancement de la revue des écrits en matière de soins critiques a fait naître le doute quant à l'approche proposée, soit le fait d'aborder sa qualité sous l'angle de dimensions propres à ce construit. En effet, aucun auteur n'abordait la mesure et l'évaluation de la qualité des soins critiques sous cet angle. Il semble *a posteriori* que ces craintes se soient avérées injustifiées. La sélection des écrits s'est, pour l'essentiel, accolée aux données probantes en matière de soins critiques et une attention particulière a été apportée afin d'inclure le point de vue des usagers et des proches. La situation fort particulière vécue par ceux-ci dans les unités de soins critiques démontre des perspectives uniques quant à leurs besoins, bien que, à certains égards, ils partagent les préoccupations de plusieurs autres groupes d'usagers ou de proches.

En guise d'introduction, l'approche historique de la qualité a été privilégiée afin de faciliter la mise en contexte du concept de qualité des soins, puisque l'évolution de la seconde s'est faite à la lumière des avancées de la première. La présence de nombreuses définitions du concept de qualité des soins, bien qu'elles puissent être regroupées selon quatre axes centraux, soit les tendances descriptive, normative, évaluative et téléologique, confirmait le fait que ce concept était multiforme (Brunelle, 1993; Haddad et al., 1997; Taylor & Hausmann, 1988), multidimensionnel (Attree, 1993; Brunelle, 1993; Formarier et al., 1994; Frost, 1992; Haddad et al., 1997; Schmadl, 1979; Sower et

al., 2001), et évolutif dans le temps (Brunelle, 1993; Formarier et al., 1994; Haddad et al., 1997). Il comportait également plusieurs dimensions ou attributs qui en traduisaient l'essence et qui variaient selon les auteurs et les perspectives des différents acteurs du système (Brunelle, 1993; François & Rhéaume, 2001; Haddad et al., 1997). Tous ces arguments ont contribué à étayer le bien fondé de la présente démarche.

Le constat posé par Donabedian (1980) à l'effet que des définitions différentes sont légitimes dans des contextes variés a forcé la recherche d'une définition propre au concept de qualité des soins critiques. Toutefois, les définitions de la qualité des soins utilisées dans les unités de soins critiques abordaient généralement ce concept de manière globale, sans tenir compte de l'ensemble des éléments du contexte. De plus, les unités de soins critiques sont hautement technologiques et leur but principal est de maintenir en vie un usager dont l'état est actuellement ou potentiellement instable. La revue des processus cliniques compte donc pour beaucoup en matière de qualité des soins critiques. Il allait donc de soi que les définitions répertoriées s'accolaient davantage aux aspects techniques ou à tout le moins physiques des soins. La nécessité de formuler une définition du construit de qualité des soins critiques s'est alors rapidement imposée puisque cette étape s'avérait une prémisse essentielle à l'élaboration des dimensions qui la constituent et des critères qui en permettront la mesure. En effet, il importait de statuer initialement sur l'objet de la mesure avant d'en déterminer les moyens (Donabedian, 1980, 1986).

La définition proposée a été ainsi rédigée, à savoir : *fournir au moment opportun, à une personne dont l'intégrité de la vie est menacée et à ses proches, des soins compétents aux plans technique, relationnel et éthique, dans un environnement optimal, avec les meilleurs résultats possibles en matière d'amélioration de l'état de santé ou de confort et au regard de la satisfaction de l'usager et de ses proches, et de l'efficience du système de soins*. Le recours à cette définition a abondamment été justifié plus avant, à l'étape de la rédaction de la problématique.

Par la suite, les cadres de référence en matière de qualité des soins ont été explorés et aucun ne reflétait fidèlement, de manière individuelle, la réalité et la complexité des unités de soins critiques et des situations vécues tant par les professionnels que par les usagers et leurs proches. Les dimensions du concept de

qualité des soins ont également été recensées de manière exhaustive et 23 d'entre elles ont été retenues, considérant la fréquence avec laquelle elles étaient citées dans différents contextes. De plus, elles variaient à la fois selon le milieu de soins, souvent même selon la portion de l'épisode de soins et selon les acteurs auxquels on s'adressait, qu'il s'agisse de professionnels, de gestionnaires, d'usagers ou de proches.

Un examen sommaire a immédiatement permis de constater qu'elles n'étaient ni univoques, ni mutuellement exclusives et qu'elles évoluaient dans le temps. Plus encore, certaines dimensions portant par exemple sur la communication et les relations interprofessionnelles et la communication avec les usagers et leurs proches se retrouvaient dans des outils de mesure élaborés à d'autres fins, soit la mesure d'aspects de gestion des unités de soins critiques (Minvielle et al., 2005). Force a donc été de décider que les dimensions du construit de qualité des soins critiques devraient être le plus spécifique possible, afin de bien le circonscrire et de le traduire fidèlement.

Le fait que les dimensions du concept de qualité des soins varient selon les auteurs de même que selon les perspectives des divers acteurs du système de santé (Brunelle, 1993; Haddad et al., 1997) s'est cependant avéré un point favorable au fait de tenter de définir la qualité des soins critiques par les caractéristiques qui lui sont propres puisque seule cette approche permettait de la mettre en contexte et d'intégrer les particularités de ce milieu de soins. En effet, bien que chaque composante de la qualité fournisse une image fragmentaire lorsqu'elle est prise individuellement, elles démontrent davantage de spécificité lorsqu'elles sont examinées dans leur ensemble (Campbell et al., 2000).

Les 10 dimensions retenues comme étant celles qui s'accrochaient le mieux au construit de qualité des soins critiques ont été dérivées en partie des dimensions du concept de services santé et services sociaux de Côté et McNeil (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005a, 2005b; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995). Elles ont été regroupées sous quatre secteurs, soit organisationnel (accessibilité, confort et continuité), téléologique (efficacité et efficience), relationnel (empathie et respect) et professionnel (fiabilité, pertinence et responsabilisation).

Le choix des dimensions posait également un défi de taille, puisque les propositions soumises à des informateurs clés issus de diverses professions devaient obtenir de manière globale un certain niveau d'assentiment au départ, afin de conserver leur adhésion à la démarche. Il fallait donc coiffer un chapeau relativement neutre mais centré majoritairement sur le volet clinique et viser à ne pas soumettre des dimensions reflétant uniquement la pensée infirmière. De plus, les dimensions choisies devaient également représenter les préoccupations des usagers et des proches, afin de déboucher, de manière ultime, sur un référentiel capable de concilier les points de vue de tous les acteurs à propos des mêmes concepts.

Un cadre intégrateur a par la suite été proposé afin d'illustrer et de mettre en commun la perspective de ces derniers et de permettre la prise en considération des divers domaines de la qualité dans un contexte de soins critiques. Toujours à partir du modèle de Côté et McNeil, il s'est articulé autour du cadre conceptuel de mesure de résultats de Johnson et al. (2000) et tient compte des éléments de structure et de processus des soins, tout comme de leurs effets (Donabedian, 1980). Il reprend également les quatre éléments du métaparadigme infirmier, soit la personne, la santé, le soin et l'environnement (Fawcett, 2000). De même, les facteurs liés à l'organisation, aux usagers, aux proches et aux dispensateurs de soins ont été détaillés.

Le modèle proposé convient à l'approche interdisciplinaire essentielle aux unités de soins critiques, car il est basé à la fois sur l'unicité de la personne et de l'expérience qu'elle vit, et sur la vision holistique des soins fournis. Cette affirmation peut donc s'appliquer tant aux divers types de professionnels qu'aux gestionnaires, aux usagers et à leurs proches. Les facteurs reliés aux dispensateurs de soins regroupent les aspects techniques et relationnels et tiennent compte à la fois des standards disciplinaires et des valeurs personnelles, professionnelles et éthiques des intervenants. Les facteurs liés à l'organisation soit son type, son aménagement géographique, ses ressources humaines et financières, tout comme sa structure et ses valeurs organisationnelles et éthiques tiennent compte des facteurs qui revêtent généralement une importance pour les gestionnaires. Enfin, certains facteurs sont liés aux caractéristiques de l'utilisateur et d'autres à celles de ses proches; ils s'attardent aux traits uniques et individuels des personnes constituant ces

deux groupes. Une fois les assises conceptuelles posées, la section suivante présente les éléments portant sur la seconde question de recherche.

Seconde question de recherche

La seconde question de recherche était la suivante : *Quels sont, selon les écrits pertinents, les professionnels, les gestionnaires, les usagers et leurs proches, les critères de qualité des soins dispensés en unité de soins critiques et reconnus suffisamment clairs, pertinents et importants pour rendre opérationnelle la mesure de la qualité des soins dispensés dans ces unités?*

Afin de répondre à cette question, les aspects relatifs à la revue des écrits et à la méthode de collecte des données sont tout d'abord discutés. Par la suite, les considérants reliés à chaque groupe d'informateurs clés et aux résultats de la recherche sont abordés.

Le référentiel élaboré a été inspiré par la recension des écrits et basé sur des données probantes en matière de soins à fournir à des usagers des soins critiques et à leurs proches. À partir des dimensions proposées, un total de 150 critères uniques, répartis en trois listes distinctes, a été produit, c'est-à-dire que chaque critère a été formulé en fonction du groupe d'informateurs clés auquel il était destiné, tant sur le fond que sur la forme. Chaque liste présentait à ceux-ci des critères que les écrits rapportaient comme étant pertinents pour eux et dans des termes qu'ils pouvaient aisément comprendre, cette dernière considération visant particulièrement les groupes d'usagers et de proches. Toutefois, 26 critères identiques ont été soumis aux usagers et aux proches.

De leur côté, Waltz et al. (2005) proposaient d'ajouter des items non congruents ou non pertinents dans les listes de critères à valider par les experts, afin de s'assurer de la précision des juges par leur capacité de discriminer la présence de ces critères inadéquats. Cette procédure n'a toutefois pas été utilisée pour aucun groupe d'informateurs clés, compte tenu des limites de temps dont ces derniers disposaient pour remplir le questionnaire, particulièrement les professionnels. De plus, Waltz et al. (2005) parlaient de « spécialistes » et cette caractéristique ne semblait pas s'appliquer aux usagers et aux proches mais davantage à des professionnels chevronnés dans le domaine à l'étude. Il importe cependant de spécifier ici que les usagers et les proches sont les

seuls experts au regard de l'expérience vécue comme utilisateur des unités de soins critiques.

Par ailleurs, aucune dimension ni aucune des trois listes ne comportaient un nombre identique de critères. Cette décision a découlé du fait que tous les critères proposés devaient être essentiels et que toutes les informations qui pouvaient être reprises dans d'autres outils ou procédures de mesure de la qualité des soins ont été exclues volontairement. Par exemple, des précisions relatives à la cessation quotidienne de la sédation chez l'usager intubé et ventilé mécaniquement afin d'en permettre l'évaluation devaient être englobées dans le critère 8.1.04 « ...un protocole de sevrage... ».

De même, toutes les dimensions s'accolaient à une partie de la définition du construit de qualité des soins critiques. Toutefois, la dimension d'efficacité qui correspond à la portion *efficacité du système de soins* de la définition ne contenait, par choix, aucun critère relatif à l'aspect financier des soins. En effet, l'efficacité des soins est tributaire entre autres de l'accessibilité à l'USC et de la durée moyenne de séjour, et bon nombre de critères reliés à l'efficacité relèvent majoritairement des aspects de gestion et peuvent être suivis dans des tableaux de bord à cette fin. Enfin, le nombre de critères ne reflète pas non plus le poids attribué à la dimension. Toutes les dimensions sont d'égale importance, seuls les angles d'analyse diffèrent afin de tenir compte de la perspective adoptée par les différents acteurs (François & Rhéaume, 2001; Haddad et al., 1997).

De plus, le fait de situer certains critères dans une dimension ou dans l'autre s'est également avéré une question de choix de l'étudiante. En effet, comme les dimensions ne sont pas mutuellement exclusives et que les définitions peuvent englober de nombreux aspects relatifs aux soins fournis, une autre personne aurait pu faire des choix différents à quelques égards. Ainsi, tous les aspects qui touchent les informations transmises à l'usager et à ses proches ont été associés à la dimension d'accessibilité, prenant comme orientation le volet d'accessibilité à l'information. Cependant, il aurait été tout aussi plausible d'aborder ces critères dans la dimension fiabilité des soins fournis, la capacité de transmettre de l'information juste et de faire de l'enseignement étant un aspect important de la compétence des divers professionnels.

L'absence au départ de toute liste de critères formulés dans une perspective interprofessionnelle et ne portant pas exclusivement sur des activités techniques de soins posait à la base deux problèmes, celui de leur rédaction et celui de leur nombre. D'une part, il fallait cibler les éléments significatifs pour ensuite les valider et ce, à partir de références bibliographiques et de l'expérience clinique de l'étudiante. D'autre part, force était également de soumettre des critères qui soient à la fois caractéristiques du construit à mesurer et présentés sous une forme qui ne rebute pas les informateurs clés, tant au plan du contenu que du nombre d'items à valider.

De plus, le fait d'éluder la phase inductive du processus afin de majorer les chances que les informateurs clés y adhèrent jusqu'à la fin ne facilitait en rien la démarche. En effet, ce choix comportait des risques supplémentaires quant à la teneur des critères produits car l'apport des informateurs clés à cette étape aurait permis de s'assurer dès le départ de la justesse des items proposés. Cette approche s'est cependant avérée judicieuse puisqu'elle a facilité le recrutement rapide du nombre visé d'informateurs clés dans chaque groupe et qu'un seul d'entre eux, un professionnel, n'a pas poursuivi la démarche jusqu'au bout. De plus, le fait de recruter initialement 15 informateurs clés par groupe a favorisé le maintien d'un nombre suffisant de participants pour assurer la validité de l'étude (Delbecq et al., 1975). Il faut également souligner qu'il n'y a eu qu'une seule ronde de validation, ce facteur ayant sûrement eu également un impact favorable sur la rétention des répondants.

Quant aux types de professionnels sélectionnés, à savoir des informateurs clés représentant les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes, les gestionnaires, les inhalothérapeutes et les pharmaciens, il n'était nulle intention de nier l'apport des groupes non représentés, tels les diététistes par exemple, à la qualité des soins fournis en USC. Le choix a davantage été fait en considérant l'importance de la présence des professionnels à l'USC, en nombre et en temps.

Il était aussi nécessaire de choisir des informateurs clés professionnels œuvrant dans des établissements à l'extérieur de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, lieu de résidence de l'étudiante, afin de s'assurer que les critères proposés refléteraient la réalité des unités de soins critiques et que le référentiel soumis puisse être généralisé et utilisé ultérieurement. En effet, les unités de soins critiques de divers établissements ne font pas

toutes face aux mêmes réalités contextuelles, bien qu'elles se ressemblent sensiblement pour l'essentiel.

Quant aux usagers et aux proches, les critères proposés portaient sur des aspects que l'on pourrait qualifier davantage « d'universels » en ce sens qu'ils ne sont pas caractéristiques d'un type d'unité de soins critiques mais davantage reliés à l'expérience d'un séjour dans ce type d'unités. À titre d'exemple, des éléments comme se sentir en sécurité et rassuré, et recevoir de l'information font consensus chez les usagers (Hupcey & Zimmerman, 2000; Pattison, 2005) alors que pouvoir être à proximité de l'utilisateur et être informé des changements cliniques qui le concernent rassemblent l'opinion des proches (Fry & Warren, 2007).

Les professionnels se sont penchés sur plus de 40 % des critères dans 8 des 10 dimensions choisies, excluant le respect (28,6 %) et la responsabilisation (8,33 %). Il importait d'inclure leur vision de manière plus ou moins importante dans tous les aspects retenus afin de pouvoir transcender les traditionnels aspects techniques des soins. Toutefois, les professionnels, incluant les gestionnaires, se sont prononcé davantage sur les critères touchant l'accessibilité, la continuité, l'efficacité, l'efficience et la fiabilité des soins, (Banks et al., 1995; Blumenthal, 1996a, 1996b; Pukk et al., 2003; Setbon, 2000; Williams, 1998b; Zimmerman, 2002), bien que le volet des relations interpersonnelles revête également une grande importance à leurs yeux (Blumenthal, 1996a, 1996b; Campbell et al., 2000; Coulon et al., 1996; Fitzpatrick et al., 1992; Mead & Bower, 2000; Radwin & Alster, 1999). Les critères relatifs à cet aspect ont cependant été majoritairement inclus dans les items à valider par les usagers et les proches, considérant que ce sont les meilleurs interlocuteurs pour pouvoir signifier leur aval sur des critères qui traduisent ces dimensions des soins reçus.

Les critères à valider par les professionnels devaient également illustrer la qualité des soins critiques de manière globale, sans basculer dans le piège de s'immiscer dans les pratiques professionnelles propres et sans entrer dans le détail d'une liste d'épicerie de procédures, méthodes et règles de soins puisque les différentes corporations professionnelles balisent et encadrent les activités de leurs membres en cette matière. Il aurait cependant été impossible de présenter une liste de critères qui satisfasse les exigences de chacune d'entre elles et soit en même temps d'un format utile et applicable

quant à son volume si cette approche avait été adoptée. En effet, il n'était ni réaliste ni pertinent de formuler des critères pour chacun des protocoles et procédés de soins, pour prendre cet exemple, et d'en détailler le contenu. De plus, il est clair que la pratique interdisciplinaire est une chose, mais le regard unidisciplinaire sur la qualité des soins ou des actes posés par un professionnel appartenant à un ordre particulier relève des compétences de cet ordre.

Au plan des résultats obtenus, le fait que 89 des 90 critères soumis aux professionnels aient été validés dès la première étape s'est avéré sans contredire une surprise de taille. Cette situation était d'autant plus inattendue que l'étape inductive du processus avait été volontairement omise et que l'ensemble de la démarche reposait sur la recension des écrits et sur l'expérience clinique de l'étudiante. Quelques explications peuvent toutefois être proposées. Dans un premier temps, la sélection initiale très serrée des critères faite par l'étudiante a possiblement servi de première étape de validation puisqu'une préoccupation importante à la base était d'utiliser judicieusement le temps des informateurs clés plutôt que d'offrir un maximum de critères à travers lesquels ces derniers auraient eu à faire un choix. De plus, 83 des 3780 paramètres de validation n'ont pas reçu de réponse de la part des professionnels, mais plutôt des commentaires. Il est plausible de présumer que, si les informateurs clés leur avaient accordé une cote, celle-ci n'aurait probablement pas concouru à sa validation, ce qui aurait pu induire une seconde ronde de validation.

De plus, aucun professionnel n'a fait de commentaire sur la longueur du questionnaire, ce qui peut laisser supposer qu'elle est adéquate, ce questionnement étant constant dans un milieu en perpétuelle effervescence, où le temps est une contrainte quotidienne. Enfin, aucun nouveau critère qui puisse être retenu n'a été formulé. En effet, les suggestions à cet égard portaient d'une part sur la rédaction d'un critère relatif à la fréquence de l'évaluation de la douleur, ce qui est explicitement inclus dans un protocole de sédation et d'analgésie (critère 8.1.04) mais n'apparaissait peut-être pas clairement dans le critère soumis. D'autre part, la seconde proposition portait sur des aspects relatifs à la gestion des soins et à la qualité de vie au travail, ce qui ne constitue pas l'essence du présent travail et fait déjà l'objet de nombreuses recherches.

Par ailleurs, près de 24 pages de commentaires ont été recueillies et ces derniers seront essentiels lors de l'étape subséquente de validation. De nombreuses recommandations touchent la clarification de termes ambigus tels « autorités compétentes, sans délai, délai raisonnable, à proximité », etc. De plus, le désir de synthèse a peut-être également conduit l'étudiante à proposer des listes qui devraient être traitées séparément afin d'être plus claires, comme en fait preuve le critère 8.1.04.

Toutefois, certaines remarques démontrent également la difficulté de l'exercice auquel se sont livrés les professionnels et le fait que tous les aspects ne peuvent être jugés par une seule personne. En effet, quelques professionnels remettent en question la pertinence que la salle d'accueil pour les proches soit située à proximité de l'unité de soins critiques, au sens strict du terme, alors que les écrits sont clairs à ce sujet depuis près de 30 ans (Fry & Warren, 2007; Leske, 1991; Molter, 1979). De même, des propositions quant à la pertinence de traiter des relations entre les professionnels dans la dimension de continuité supposent que la définition de cette dernière clairement inscrite dans le questionnaire n'a pas été prise en compte. Quant au critère non retenu relativement à son importance et à sa pertinence, soit « Des simulations de situations d'urgence sont réalisées de façon régulière », il s'agit là d'un critère auquel font référence les organismes accréditeurs.

Enfin, il est surprenant de constater que des critères de qualité des soins critiques doivent refléter en tous points la configuration actuelle des unités de soins ou les habitudes et protocoles de soins en vigueur dans l'établissement où œuvre le professionnel. Les critères n'ont pas nécessairement été vus comme ce qui devrait être un indice de qualité des soins critiques qui, il va sans dire, doit être accessible, mais comme étant le reflet d'une configuration physique actuelle des unités de soins critiques ou de la concordance avec des routines actuelles de soins. Par exemple, des éléments comme le fait de consigner au dossier de l'usager le nom de la personne à qui le rapport de transfert est donné a été remis en question en inscrivant dans les commentaires que ce n'est pas l'habitude du centre. Or, c'est une règle en vigueur en matière de norme professionnelle.

Les différences dans le jugement des professionnels face aux critères présentés se doivent d'être examinées. Dans un premier temps, le fait que 98 % des paramètres de

validation cotés par les 14 juges obtiennent un consensus de 90,01 % et plus s'avère très élevé, compte tenu que le taux d'accord visé était de 80 %. À l'échelle des dimensions, des consensus de moins de 90 % sont notés pour la dimension d'efficacité aux plans de la clarté (88,39 %), de l'importance (86,61 %) et de la pertinence (88,39 %) des critères soumis. Un consensus de moins de 90 % est également obtenu pour la clarté des critères des dimensions d'empathie (89,29 %) et de pertinence (89,29 %), ce qui demeure néanmoins très élevé.

Au plan des analyses statistiques complémentaires, le test de Kruskal-Wallis a identifié des différences significatives ($p < 0,05$) entre les résultats des divers groupes de professionnels pour les dimensions de confort en matière de clarté et d'empathie au plan de l'importance et de la pertinence des critères proposés. À cette occasion, les trois types d'intervenants les plus en accord avec les critères proposés sont les infirmières, le physiothérapeute et le médecin. Les trois autres groupes de professionnels, soit les gestionnaires, les inhalothérapeutes et les pharmaciens, démontrent des taux d'accord plus bas. Lors des comparaisons deux à deux, soit professionnels et infirmières, professionnels et gestionnaires, professionnels et pharmaciens et professionnels et inhalothérapeutes, les infirmières affichent de manière significative des scores plus élevés que le groupe formé par les autres professionnels pour la clarté des critères de la dimension confort, l'importance et la pertinence des critères de la dimension empathie. Quant aux pharmaciens, ils obtiennent de manière statistiquement significative des valeurs inférieures au groupe formé par les autres professionnels pour l'importance et la pertinence de critères de la dimension empathie, la clarté, l'importance et la pertinence des critères de la dimension respect, et l'importance des critères des dimensions de fiabilité et de pertinence. Enfin, les inhalothérapeutes obtiennent de manière statistiquement significative un score inférieur au groupe formé par les autres professionnels pour la clarté des critères de la dimension confort.

Quelques explications peuvent être proposées bien qu'elles ne puissent toutefois franchir l'étape des hypothèses, puisque seule la validation par un *focus group* ou une entrevue individuelle des professionnels interrogés permettrait d'obtenir les raisons réelles de ces divergences. Tout d'abord, la personne qui a rédigé les critères est une infirmière et, malgré toute l'impartialité possible dévolue à la tâche, il est fort probable

que les orientations disciplinaires aient teinté les critères tant au plan du contenu que de la forme. De plus, il semble que les trois types de professionnels qui entrent en relation de manière plus étroite avec l'usager et ses proches retrouvent davantage d'échos eu égard à l'importance et à la pertinence des critères d'empathie, particulièrement les infirmières. Quant à la clarté des critères de confort, il est possible que l'appartenance disciplinaire en teinte la compréhension. Par ailleurs, deux professionnels pharmaciens obtiennent des moyennes personnelles significativement plus basses que celles de l'ensemble des professionnels, ce que confirme le test de Mann-Whitney qui compare leurs résultats à ceux des autres professionnels. Enfin, l'IVC de la liste des critères présentés aux professionnels (IVC 0,93) confirme une excellente validité de contenu de l'ensemble des critères proposés (Waltz et al., 2005).

Les résultats obtenus semblent donc confirmer que, parmi les professionnels, la perspective d'analyse en matière de qualité est teintée par l'appartenance disciplinaire (Sales et al., 1995), ce qui oriente à la fois tant les dimensions retenues que l'importance qui leur est accordée et l'interprétation des résultats obtenus (Brunelle, 1993). Les dimensions relevées ne sont donc ni le propre d'une seule discipline, ni mutuellement exclusives et elles s'influencent les unes les autres. Elles sont valorisées par plusieurs groupes, mais à des niveaux différents (Wyszewianski, 2003).

L'approche interdisciplinaire utilisée s'est manifestement avérée fructueuse puisque l'assentiment des professionnels à l'égard de 89 des 90 dimensions proposées s'est produit à la première étape de validation et que, dans les faits, les quelques dissensions relevées proviennent souvent davantage des mots employés que de la négation des concepts sous-jacents au construit et de croyances profondes. Le fait d'associer divers professionnels à la démarche a également eu de nombreux avantages. Tout d'abord, cette approche a permis de proposer une avenue plus large que les traditionnels indices de mortalité et de morbidité (Berenholtz et al., 2002), bien que ceux-ci aient fait partie des critères présentés. De plus, elle leur a permis de s'appropriier une partie du processus, ce qui devrait contribuer à sa continuité (Lozeau, 1996). De son côté, la présence des questionnaires parmi le groupe des professionnels a favorisé la diminution de l'asymétrie des perspectives et des connaissances entre les médecins, les infirmières et les gestionnaires, que Glouberman et Mintzberg (2002) taxent même de

« mondes différents ». Enfin, l'éventail de professionnels ayant validé les critères devrait en faciliter l'utilisation ultérieure puisque des représentants des groupes majoritaires qui fournissent des soins en USC y étaient associés.

De manière concomitante, les proches et les usagers ont également validé des listes de critères de qualité des soins critiques. La liste présentée aux usagers portait sur les aspects importants pour eux tels les relations interpersonnelles avec les intervenants et l'empathie qu'ils démontrent (Banks et al., 1995; Chang et al., 2006; Donabedian, 1988; Grenier, 1998; Gunther & Alligood, 2002; Lohr & Harris-Wehling, 1991; Palmer, 1996; Williams, 1998b), tout comme le respect de l'intimité et de la confidentialité (Ellis & Adams, 2002). Les critères qui s'adressaient aux proches leur étaient particuliers (Fry & Warren, 2007; Leske, 1991; Molter, 1979; Wall et al., 2007) mais regroupaient également une partie de ceux qui s'adressaient aux usagers (26), compte tenu de l'incapacité fréquente de ceux-ci d'émettre leur point de vue concernant la qualité des soins reçus.

La double validation de ces critères communs a donc assuré que les critères sur lesquels pourraient se prononcer les proches au nom de l'utilisateur soient valides et reflètent les aspects que ces derniers considèrent comme importants et pertinents, puisque la construction d'outils de mesure de la qualité des soins doit reposer sur des critères spécifiques à la population cible et qu'un outil ne peut être utilisé indifféremment pour un groupe ou un autre sans avoir été précisément validé à cette fin (Haddad et al., 1999; Redfern & Norman, 1990; Roberge, Loiselle et al., 1998). Cette affirmation touche également le fait d'utiliser indifféremment un outil pour questionner les usagers et les proches s'il n'a pas été au préalable validé auprès des deux groupes.

Il était en même temps nécessaire de recueillir l'opinion des usagers et des proches dans cette démarche, car ils ont leur perspective propre et le seul point de vue des professionnels et des gestionnaires ne pouvait suffire à donner une vision juste de la situation (Frost, 1992). De plus, la construction d'outils de mesure de la qualité des soins critiques devait reposer sur des critères qui leur sont spécifiques, car ils présentent des besoins particuliers (Haddad et al., 1999; Redfern & Norman, 1990; Roberge, Loiselle et al., 1998). Sur ces assises, les résultats de ces deux groupes peuvent maintenant être discutés de manière individuelle dans un premier temps et de manière comparative dans

un second temps, en considérant les résultats obtenus sur les 26 critères communs aux deux listes.

Chez les proches, les 47 critères proposés ont été validés à la première étape de consultation, ce qui s'est également avéré étonnant. De plus, 99,62 % de l'ensemble des paramètres de validation cotés et retenus obtiennent un consensus supérieur à 90,01 %, et 0,38 % un consensus entre 80 % et 90 %. L'IVC pour l'ensemble des critères présentés aux proches, soit les 141 éléments validés de la grille, cote à 0,99, ce qui est très élevé. Aucun proche n'a soumis de nouveaux critères ni émis de commentaires relatifs à la longueur du questionnaire.

Par ailleurs, trois proches obtiennent une moyenne de 4,00 pour l'ensemble des critères proposées et quatre autres un résultat au-dessus de 3,95 alors que deux proches cotaient respectivement 3,29 et 3,42, ce qui est sensiblement plus bas que la moyenne de 3,85. Il semble donc exister une certaine variabilité dans les jugements émis par les proches que rien, à la lecture des questionnaires remplis, ne permet d'expliquer, et celle-ci paraît être reliée à quelques individus seulement, puisque l'écart-type pour l'ensemble des proches est de 0,22. Toute tentative d'explication s'avère alors hypothétique.

Peut-être que, comme chez les usagers, des résultats positifs influencent à la hausse l'appréciation qu'ils font des soins reçus (Chang et al., 2006) et que la satisfaction face à l'expérience antérieure amène peu de critiques face aux critères présentés. Cependant, la réponse à cette question ne pourrait être obtenue qu'en la validant auprès des proches interrogés car, aucune remarque sur les questionnaires ne laisse poindre une explication à ce sujet. Quant aux commentaires émis, ils portaient en général sur les sujets identifiés comme importants par la revue des écrits, soit la transmission de l'information, les relations interpersonnelles, la propreté des lieux, les caractéristiques de la salle d'accueil, les horaires de visite et la participation aux décisions concernant les soins offerts à l'utilisateur.

Tout comme chez les professionnels et les proches, une seule étape a été nécessaire pour valider 38 des 39 critères présentés aux usagers. Les résultats obtenus par ceux-ci démontrent que, de manière générale, 99,32 % de l'ensemble des paramètres de validation cotés et retenus obtiennent un consensus supérieur à 90,01 % et 0,68 % un consensus entre 80 % et 90 %. Pour ce qui touche la validité de contenu, la liste des

critères présentés aux usagers obtient un IVC de 0,98 pour les 114 éléments validés de la grille, ce qui est aussi très élevé. Aucun usager n'a soumis de nouveaux critères ni émis de commentaires relatifs à la longueur du questionnaire.

Au plan des résultats, trois usagers présentent une moyenne entre 3,13 et 3,25 eu égard à l'ensemble des paramètres de validation, par rapport à une moyenne pour les 15 répondants de 3,74. L'examen attentif des questionnaires n'apporte aucune explication à ces écarts. Il existe donc également une certaine variabilité dans le jugement des usagers dont l'explication ne peut que rallier celle esquissée plus haut pour le groupe des proches.

Le critère que les usagers n'ont pas validé, soit « Des moyens autres que des médicaments comme de la musique avec des écouteurs, un massage, etc. sont offerts à l'utilisateur afin de faciliter son repos » ne pose aucune surprise compte tenu de l'état souvent précaire de l'utilisateur, du niveau de douleur ressenti par celui-ci et de la place encore très mitigée des approches alternatives en USC. Quant aux commentaires émis par les usagers, ils portent particulièrement sur l'information transmise, le bruit, le besoin d'être rassuré et les expériences irréelles vécues, s'accolant pour l'ensemble aux grands thèmes de la recension des écrits.

Les résultats des groupes d'utilisateurs et de proches ont ensuite été comparés afin de valider la présence de différences significatives eu égard aux 26 critères communs sur lesquels les deux groupes avaient dû se prononcer. Les résultats des 10 dyades utilisateurs et proches ont d'abord été mis en parallèle, et, parmi elles, 7 dyades affichent des résultats pratiquement équivalents pour les critères communs et les variations dans les trois autres ne peuvent être expliquées puisque l'examen attentif des questionnaires n'a permis de relever aucune caractéristique particulière ni aucun commentaire justifiant les écarts. Les questionnaires ont été remplis de manière indépendante et il est peu probable que les réponses de l'un aient influencé celles de l'autre. Les résultats des tests statistiques démontrent des différences significatives entre les deux groupes aux plans de l'importance et de la pertinence des critères d'empathie seulement, soit quatre critères pour lesquels les utilisateurs cotent plus élevé.

Ainsi, de manière globale, les critères présentés rassemblent le point de vue des utilisateurs et des proches, bien que les critères d'empathie trouvent un plus grand écho chez

les usagers que chez les proches, rejoignant ainsi les conclusions d'Attree (2001b) lors d'une étude faite sur des patients et des proches d'une unité de médecine générale d'un hôpital anglais qui propose des attributs communs identifiés par les patients et leurs proches, eu égard à des soins de qualité. Il est clair que rien ne vaut le point de vue des usagers sur les soins qu'ils ont reçus, mais les critères proposés obtiennent un accord important chez les deux groupes, ce qui signifie qu'un questionnaire basé sur ces critères de qualité de soins critiques présenté aux proches refléterait les désirs des usagers quant à la nature des soins à leur fournir, si ces derniers sont incapables de s'exprimer. De plus, bien que cinq usagers aient admis avoir vécu des expériences apparentées à des états de *délirium* lors de leur séjour en USC, tous ont été capables de se prononcer quant à la clarté, à l'importance et à la pertinence des critères de qualité de soins critiques proposés, démontrant ainsi que même l'absence de souvenir précis n'aliène en rien la capacité de s'exprimer sur la nature des soins qu'on aimerait recevoir. Il appert donc qu'en matière de qualité des soins, il est nécessaire de recueillir l'opinion de l'utilisateur, même lorsque ce dernier est hospitalisé à l'unité des soins critiques.

Lors des rencontres avec l'assistante de recherche et tel que discuté dans les travaux de Bélanger (2006) visant à valider chez des usagers et des soignants naturels des critères de qualité dans un contexte de soins à domicile, les usagers et les proches interrogés dans la présente étude ont identifié ce qui a fait l'objet de leur satisfaction et de leur insatisfaction lors du séjour en USC, bien qu'aucun des critères à valider n'ait abordé cet aspect. Il semble donc que les usagers et les proches aient tendance à faire part de leur expérience de « soigné » dès qu'ils sont interrogés au regard de la situation vécue, même si les questions ne portent pas directement sur ces aspects des soins. Enfin, aucun usager ni aucun proche n'ont demandé d'explication sur les termes des questionnaires, si ce n'est sur les nuances à faire entre l'importance et la pertinence des critères, ce qui confond souvent même un lecteur averti. De plus, pour les professionnels et les proches, la pertinence pouvait être évaluée au regard du caractère approprié des soins reçus par l'utilisateur, en plus de l'adéquation de l'association d'un critère à une dimension, ce qui a pu concourir à en complexifier l'évaluation. Il semble donc que les critères étaient formulés dans des termes que les usagers et les proches ont bien compris,

bien que des suggestions apparaissant dans les commentaires requièrent d'éventuelles précisions.

De manière générale, il appert que les résultats de la validation des critères de qualité des soins critiques affichent des consensus plus élevés chez les usagers et les proches que chez les professionnels, possiblement compte tenu de l'expertise de ces derniers face aux soins fournis en USC, de leurs connaissances et de leur capacité d'exercer un jugement plus critique face aux paramètres de validation proposés. Le référentiel élaboré s'avère une prémisse à la mise en place d'activités de mesure et d'évaluation qui permettront aux professionnels et aux gestionnaires des unités de soins critiques d'examiner leurs activités et de réagir aux résultats obtenus et ce, afin d'améliorer les soins et services offerts, tel que l'affirme Donabedian (2003) : « Le monitoring de la qualité est les yeux et les oreilles du système de santé. Sans lui, nous ne savons pas où nous sommes et où nous allons » [traduction de l'auteure] (p. xxvii).

Considérations méthodologiques

Le recours à la technique Delphi modifiée s'est révélé un choix adéquat chez les professionnels afin de recueillir leur opinion sur les critères soumis, bien que peu utile dans les faits, puisqu'une seule étape de validation a été nécessaire. Toutefois, compte tenu de l'éloignement de ces derniers, de leur emploi du temps fort chargé et des nombreuses possibilités de dérapage d'un dossier aussi complexe que la mesure de la qualité des soins dans les unités de soins critiques, il est fort probable que toute autre méthode aurait été vouée à l'échec ou du moins aurait mis en péril la validité des résultats, compte tenu du temps considérable à consacrer au projet. De plus, comme les professionnels avaient le choix du format et du mode de retour du questionnaire (électronique ou papier) et que des enveloppes préadressées étaient disponibles, de même qu'une allocation pour les frais de messagerie prioritaire, il leur était facile de retourner le document rempli.

Pour les usagers et les proches, la méthode Delphi modifiée a également été utilisée, mais le recours à des envois postaux était peu approprié et le soutien d'une assistante de recherche présente sur place leur a permis de s'adresser à une personne en qui ils pouvaient avoir confiance et qui leur facilitait la tâche. Des représentants des

deux groupes d'informateurs clés ont souligné cette présence comme étant un facteur positif et facilitant lors de la collecte des données. Parmi ceux-ci, 11 proches et 12 usagers avaient plus de 55 ans et l'un d'eux avait des problèmes visuels, ce qui a pu concourir à potentialiser les besoins de soutien. De plus, la présence de l'assistante de recherche a permis de recueillir des informations complémentaires que les usagers et les proches n'auraient probablement pas inscrites dans l'espace réservé aux commentaires placé à la fin de chaque questionnaire. Enfin, le nombre de paramètres de validation laissés sans réponse est très bas chez ces deux groupes d'informateurs clés (usagers : 8 et proches : 3) par rapport à celui des professionnels (83) et le fait d'avoir quelqu'un sur place pour répondre aux interrogations a pu contribuer à cet état de chose.

La présente étude cherchait à valider, avec un consensus minimal de 80 %, des critères permettant d'opérationnaliser le construit de qualité des soins critiques. Toutefois, comme le consensus est basé uniquement sur la moyenne des résultats obtenus par les informateurs clés qui se sont prononcés sur les paramètres de validation proposés, le calcul de l'IVC s'est avéré fort utile afin de cibler certains de ces paramètres qui, bien qu'ils aient obtenu le consensus recherché, pourraient avoir recueilli également des opinions plus divergentes de la part des juges, ce que ne reflète pas nécessairement la moyenne (Waltz et al., 2005).

Puisque l'IVC ne comptabilise que les cotes 3 et 4, il permet de cibler les paramètres qui ont recueilli une cote 1 ou 2 et d'en tenir compte lors de l'étape ultérieure de validation. En effet, lorsque l'écart-type est plus grand, c'est-à-dire qu'il y a davantage de variabilité entre les réponses des juges, l'IVC reflète mieux que le consensus l'accord entre ces derniers. Par exemple, 14 juges se prononcent sur un paramètre de validation. Si les résultats sont les suivants : 9 X 4, 2 X 3 et 3 X 2, on obtient une moyenne de 85,71 %, ce qui est très satisfaisant comme consensus. Cependant, l'IVC de 0,79 (11/14 sont des 3 ou des 4) permet alors de détecter immédiatement, sans examiner les données brutes, une variabilité dans les jugements qui nécessitera réflexion, à savoir que trois juges ont coté 2 pour ce paramètre. De plus, lorsqu'un ou deux juges considèrent qu'un critère n'est pas ou qu'il est peu clair, important ou pertinent, il apparaît y avoir là un indice de désaccord qui ne peut être ignoré.

Ainsi, pour l'ensemble des réponses des professionnels quant aux critères retenus (89 critères retenus X 3 paramètres X 14 professionnels), 171 réponses ne cotent pas 3 ou 4 soit 10 pour lesquelles les scores sont 1 et 161 dont les scores sont 2. Parmi celles-ci, ces divergences sont suffisamment grandes pour influencer l'IVC de 14 paramètres retenus comme valides, 9 quant à leur clarté et 5 quant à leur pertinence. Cependant, et du strict point de vue de l'acceptation des critères, avec un nombre d'informateurs clés de 14, le tableau de Lynn (1986) reproduit en page 86 place l'IVC à 0,78, ce qui aurait permis l'acceptation de 10 critères supplémentaires ayant un IVC de 0,79. Enfin, trois critères ont un IVC de 0,77 et un seul de 0,71.

Pour l'ensemble des réponses des proches par rapport aux critères retenus (47 critères retenus X 3 paramètres X 15 proches), bien que 23 d'entre elles n'obtiennent pas la cote 3 ou 4 tous les IVC affichent un minimum de 0,80. Quant aux réponses fournies par les usagers (38 critères retenus X 3 paramètres X 15 usagers), 35 réponses sur l'ensemble des réponses obtenues n'obtiennent pas une cote de 3 ou 4 parmi les critères retenus et un seul démontre un IVC inférieur 0,80 et ce, au plan de l'importance du critère, soit 0,73.

De manière globale, l'utilisation de la méthode de consensus a fourni les assises nécessaires à la validation nominale des critères de qualité des soins critiques mais l'ajout de l'IVC aux résultats obtenus permet de les nuancer et servira de guide dans une phase ultérieure de validation empirique, à la lumière des commentaires des informateurs clés.

Avantages de l'étude

Cette étude comporte des avantages aux plans théorique, clinique et à celui de la gestion. En matière théorique, le fait qu'une définition claire du construit de qualité des soins critiques soit maintenant disponible procure aux professionnels et aux chercheurs les assises nécessaires à son examen, puisqu'il fallait au départ statuer sur le « quoi » avant d'élaborer sur le « comment » (Donabedian, 1980, 1986). De plus, la modélisation de la définition, basée à la fois sur les éléments qui en constituent l'essence et sur l'ensemble des facteurs à prendre en compte en matière de qualité des soins critiques fournit une assise conceptuelle qui, certes, peut être critiquée, mais fait figure de point

de départ et ne demande qu'à être enrichie. Le modèle intégrateur interdisciplinaire rallie également les perspectives complémentaires des différents intervenants tout en conciliant des positions disciplinaires telles le métaparadigme infirmier (Fawcett, 2000) et le modèle des mesures de résultats (Johnson et al., 2000) et d'autres plus charnières en matière de qualité, soit l'approche de Donabedian (1980) et le concept de service (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1995).

Les dimensions proposées réunissent également le point de vue des professionnels, des usagers et des proches, ce qui permet au construit de qualité des soins critiques d'intégrer de nombreuses facettes et de tenir compte de sa complexité et de la multiplicité des visions. Plus encore, les propositions faites font consensus, à divers niveaux il va sans dire, à travers les groupes de professionnels œuvrant en milieu de soins critiques et ce, malgré les divergences tant conceptuelles qu'en matière de formation ou d'approche clinique.

Quant aux aspects cliniques et à ceux de gestion, ils sont intimement reliés et prennent tous deux avantages des résultats de la présente recherche. Il est cependant clair que la seconde étape de validation s'avère une prémisse essentielle au fait que les critères puissent ensuite être utilisés aux fins de mesure et d'évaluation de la qualité des soins critiques. Tout d'abord, la présence de dimensions et de critères interdisciplinaires de la qualité des soins critiques forcera l'ouverture des frontières professionnelles et permettra d'examiner la qualité des soins fournis en USC de manière large, sans engendrer la méfiance qui risque de se produire lorsque des professionnels portent un jugement sur des activités qui ne relèvent pas entièrement d'eux.

L'utilisation de critères communs ne conduit pas à la revue détaillée d'activités d'un groupe ou l'autre de professionnels, mais fournit l'occasion d'examiner de manière globale la qualité des actions posées. La nature et le nombre de critères proposés dans chaque liste visait davantage la représentativité de chaque dimension qu'une liste exhaustive de toutes les facettes, dessous et angles possibles permettant sa mesure. Toute liste, aussi complète soit-elle, compte des manques ou des aspects qui ne s'appliquent pas. Le choix fait ici a été de proposer un référentiel validé par différents groupes d'informateurs clés et portant sur des éléments centraux dont la validation devra être poursuivie dans le monde empirique. Une fois ces étapes franchies, les équipes de

soins critiques pourront y recourir pour mesurer la qualité des soins fournis à l'USC de leur établissement respectif et en évaluer les résultats.

Par exemple, le fait de savoir qu'il n'existe pas, dans son centre, de protocole de prévention des thromboses veineuses profondes à l'USC ne fait retomber cette situation sur aucun des professionnels, mais sensibilise l'équipe médicale, le gestionnaire, les infirmières et les pharmaciens à la disponibilité de données probantes en cette matière et au fait que de ne pas y adhérer prive les usagers de l'unité d'un moyen d'éviter cette complication. L'objectif vise donc la conscientisation des équipes en place à un état de fait et à la prise en charge par celles-ci des moyens nécessaires pour y remédier.

De plus, le consensus entre les trois groupes d'informateurs clés quant aux dimensions proposées démontre que l'ensemble des professionnels, les usagers et les proches s'entendent sur des dimensions qui représentent la qualité des soins en USC. Ainsi, une fois les étapes de validation terminées, cet aspect constituera un avantage considérable puisque les résultats obtenus lors d'activités de mesure et d'évaluation de la qualité des soins critiques représenteront alors des appréciations différentes mais complémentaires d'une même réalité.

Enfin, la présente recherche renseigne les gestionnaires et l'ensemble des professionnels des USC sur les aspects jugés importants à mesurer par ces professionnels en matière de qualité des soins critiques, tout comme sur les attentes des usagers et de leurs proches en cette matière. Il s'agit là d'informations essentielles qui guideront l'examen des activités réalisées.

Limites de l'étude

Bien que réalisée en suivant scrupuleusement les règles en matière de nombre d'informateurs clés nécessaire pour procéder à la validation nominale des critères de qualité des soins (Lynn, 1986) et en ayant recruté 15 informateurs clés dans chaque groupe, il est clair que la possibilité de généraliser les résultats de l'étude peut être remise en cause, particulièrement par les professionnels. En effet, un seul médecin et un seul physiothérapeute faisaient partie du groupe interrogé malgré les efforts réalisés pour en recruter au moins deux dans chaque groupe et certaines professions n'ont pas été représentées, bien que ce choix ait été justifié plus avant.

De plus, le fait d'avoir escamoté volontairement l'étape inductive de la méthode, particulièrement chez les professionnels, peut aussi avoir limité le référentiel proposé au contenu répertorié dans la recension des écrits. Certaines dimensions ou certains autres critères auraient pu émerger lors des discussions entre les informateurs clés, enrichissant d'autant le construit de qualité des soins critiques. Une fois les résultats de la collecte des données compilés, des *focus groups* avec les informateurs clés auraient permis de valider les origines de certaines dissensions et de certains commentaires et de recueillir verbalement leurs impressions et leurs recommandations. Cette démarche aurait également été intéressante chez les usagers et les proches. Par ailleurs, les informateurs clés de ces deux derniers groupes sont issus d'une région relativement fermée, le Saguenay-Lac-Saint-Jean et, bien qu'ils soient représentatifs de leur groupe, il aurait probablement été avantageux de recruter des usagers et des proches issus d'autres régions du Québec.

Enfin, l'approche utilisée pour aborder la qualité des soins en USC sort des sentiers battus et examine ce construit de manière non conventionnelle. L'adhésion des professionnels des soins critiques aux activités de mesure et d'évaluation de la qualité des soins n'est pas toujours facile au départ, même si elle s'appuie sur des critères et des paramètres à caractère davantage clinique et technique, compte tenu du temps nécessaire et des résistances de certains intervenants. L'accueil de critères à saveur plus globale parmi ces professionnels reste à voir.

Recommandations pour la recherche

La principale préoccupation en matière de recherche est la poursuite du processus de validation en cours. À cette fin, les étapes subséquentes du modèle de Benson et Clark (1982) devraient être utilisées afin d'atteindre l'objectif poursuivi, à savoir la réalisation d'un outil de mesure de la qualité des soins critiques qui soit à la fois spécifique, valide et fidèle.

Pendant la présente étude, deux phases de la méthode proposée pour le développement d'un instrument de mesure ont été réalisées, soit la planification et la construction; les phases d'évaluation quantitative et de validation restent à accomplir. Lors de l'évaluation quantitative, le référentiel validé au cours de la présente étude devra

être mis en forme en transposant les critères dans des listes qui constitueront l'instrument de mesure à expérimenter et à valider. La rédaction du contenu de ces listes devra toutefois être guidée par les commentaires des informateurs clés, particulièrement lors de l'élaboration des notes à l'auditeur. À titre d'exemple, la vérification de l'admissibilité de l'usager à l'USC en matière de concordance entre l'état de l'usager et les critères adoptés (critère 1.1.02) pourrait relever de différentes instances selon le type d'USC et le type d'établissement, ce qui permettrait de répondre aux demandes de clarification des informateurs clés professionnels sur le sujet. Enfin, une attention particulière devra être portée aux paramètres dont l'IVC est $< 0,80$.

De même, à la lumière des remarques formulées par les informateurs clés usagers et proches, il semble que les besoins de soutien dans la période qui suit l'hospitalisation en soins critiques soient importants (4 répondants non professionnels/30, soit 13,4 %). Aucun d'eux n'a cependant suggéré l'ajout d'un critère portant sur le soutien offert à l'usager et aux proches à la sortie de l'hôpital, mais il serait peut-être pertinent d'en soumettre un.

Par la suite, un essai pilote devra être réalisé et des professionnels, des usagers et des proches de divers centres du Québec devraient être recrutés à cette fin et ce, en nombre suffisant. Dans la mesure du possible, davantage de médecins devraient être inclus dans le groupe des professionnels à cette occasion. Lors des étapes impliquant la participation des professionnels, leur adhésion à la démarche devrait également faire l'objet d'une attention particulière. De plus, les usagers des USC et leurs proches ont été capables de se prononcer sur les critères de qualité des soins critiques proposés. Toutefois, dans toutes les situations qui impliquent la sollicitation d'un usager ayant séjourné en USC, une archiviste de l'établissement devrait relever les dossiers afin de s'assurer de ne pas adresser une lettre à une personne décédée, ce qui, même fait de manière bien involontaire, ravive la douleur chez le proche qui reçoit la lettre.

Au moyen des résultats obtenus à cette étape, la fidélité de l'instrument de mesure sera ensuite estimée par l'analyse d'items. La fidélité est ici définie comme la consistance interne ou la précision de la mesure (Benson & Clark, 1982). Elle reflète la confiance relative que l'on peut attribuer aux résultats obtenus pour ensuite porter un jugement et prendre une décision. Ces informations devront être interprétées à la lumière

des résultats de la validation nominale des critères et le comportement des items reliés aux critères dont les IVC cotaient moins de 0,80 devra être pris en compte et surveillé étroitement.

La fidélité doit être testée autant de fois que nécessaire, notamment lorsque le concepteur décide de produire une version courte ou des versions parallèles de l'instrument, par exemple pour des groupes d'utilisateurs particuliers comme les proches de donneurs d'organes. La traduction en langue anglaise de l'instrument pourrait également s'avérer une option intéressante compte tenu de la place importante du milieu anglophone dans le secteur des soins critiques. À cette fin, des essais pilotes et des analyses d'items devraient être réalisés à nouveau sur ces versions, afin de s'assurer de leur fidélité.

Les dernières étapes portent sur la validité de l'instrument. Cette étude a assuré la validité de contenu (nominale) des critères; la validité de construit, la forme la plus complexe mais probablement la plus importante (Benson & Clark, 1982), reste à établir. La validation d'un nouvel instrument demande beaucoup de temps et des études avec différentes populations seront nécessaires, dans les deux langues, si cette option est retenue, car la validation s'avère un processus continu dont le point final n'est jamais atteint mais peut être approximé avec succès (Benson & Clark, 1982).

Synthèse des résultats et de la discussion et conclusion

Ce dernier chapitre présente une synthèse des résultats et de la discussion, et propose la conclusion de la présente recherche portant sur l'élaboration et la validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle.

Synthèse des résultats et de la discussion

La réponse à la première question de recherche a été produite à partir de la revue des écrits portant sur les principaux éléments à mettre en lien en matière de qualité des soins critiques. Dans un premier temps, une définition du construit « qualité des soins critiques » a été proposée, ayant pour assises les caractéristiques propres à ce contexte particulier, et mettant en évidence la nécessité d'en énoncer les dimensions et de les y arrimer. Cette étape s'est soldée par la rédaction de 10 dimensions qui, d'une part, sont le propre du construit à l'étude et, d'autre part, ont servi de fil conducteur dans l'élaboration du référentiel. Les dimensions retenues ont été les suivantes : *accessibilité*, *confort*, *continuité*, *efficacité*, *efficience*, *empathie*, *respect*, *fiabilité*, *pertinence*, et *responsabilisation*.

Par la suite, un modèle intégrateur a été réalisé, toujours à partir des écrits pertinents, en gardant en filigrane le contexte unique relatif aux unités de soins critiques. La complexité du milieu, la nécessaire complémentarité du travail de l'ensemble des professionnels, et les caractéristiques uniques des usagers et de leurs proches ont été pris en compte tout au long de l'exercice.

La seconde question de recherche visait à dégager, toujours à partir des écrits appropriés, des critères de qualité de soins critiques que des professionnels, des usagers et des proches jugeraient suffisamment clairs, importants et pertinents pour rendre opérationnelle la mesure de la qualité des soins dispensés dans ces unités. Le modèle de Benson et Clark (1982), qui propose un cheminement pour développer un instrument de

mesure, a été utilisé à cette fin et les deux premières phases, soit la planification et la construction, ont été réalisées.

Un total de 150 critères, s'accolant chacun à une dimension propre et répartis dans des listes différentes et spécifiques, a été proposé à trois groupes d'informateurs clés en lien avec ce type d'unité de soins, 14 intervenants de diverses professions, 15 usagers et 15 proches. Toutefois, 26 critères identiques ont été soumis simultanément aux usagers et aux proches. De plus, comme les dimensions n'étaient pas mutuellement exclusives, ce qui par ailleurs était impossible, compte tenu à la fois d'un exercice préalable de synthèse et de regroupement de ces dernières, et de la frontière souvent ténue entre deux concepts, certains critères auraient pu être placés dans une dimension ou une autre sans pour autant commettre de faute.

Afin de recueillir l'opinion des informateurs clés, la technique Delphi modifiée a été employée avec succès chez les professionnels. Chez les usagers et les proches, la procédure a été légèrement remaniée en ajoutant une assistante de recherche sur place, afin de les soutenir et de répondre aux questions lorsque ces derniers énonçaient leur jugement sur les critères proposés. Le consensus recherché était de 80 %. L'IVC de chaque critère puis de chaque liste de critères a ensuite été calculé afin de mettre en évidence des critères pour lesquels les jugements des informateurs clés démontraient davantage de variabilité. Bien que le consensus visé ait été atteint, ces informations seront essentielles lors de la phase ultérieure d'évaluation quantitative, puisqu'elles permettront de cibler les critères pour lesquels certains juges avaient fourni une cote de 1 ou 2, marquant ainsi un désaccord que ne reflète pas nécessairement la moyenne obtenue par le paramètre de validation du critère.

Les professionnels ont validé, en une seule consultation, 89 des 90 critères présentés et ce, quant à leur clarté, leur importance et leur pertinence. Le consensus obtenu s'est avéré très élevé et 98 % des paramètres cotés et retenus ont obtenu un consensus de 90,01 % et plus. Des différences significatives au plan statistique ont toutefois été notées entre les opinions des professionnels pour quelques dimensions, démontrant ainsi que, malgré le consensus, les croyances et les appartenances disciplinaires influencent le jugement émis. La liste des critères validés par les professionnels a obtenu un IVC de 0,93, ce qui s'avère également très élevé et démontre

bien leur adhésion aux critères soumis et la pertinence de l'utilisation de l'approche interdisciplinaire lors de cette démarche. Malgré ces résultats positifs, les nombreux commentaires émis par ces derniers devront obligatoirement être pris en compte lors des étapes subséquentes de validation du référentiel, afin de le bonifier.

Quant aux proches, ils ont validé l'ensemble des 47 critères qui leur étaient soumis en une seule étape également, et 99,62 % des paramètres ont obtenu un consensus de 90,01 % et plus. L'IVC de la liste des critères soumis aux proches est de 0,99, ce qui est extrêmement élevé. Enfin, les usagers ont validé 38 des 39 critères de qualité des soins critiques soumis et, tout comme les représentants des deux autres groupes d'informateurs clés, ils l'ont fait en une seule étape. De manière générale, les paramètres de validation cotés et retenus ont obtenu un consensus de plus de 90,01 % et ce, dans 99,32 % des cas, ce qui est aussi très élevé. Quant à l'IVC de la liste des critères présentés aux usagers, le résultat de 0,98 démontre une très forte adhésion des représentants de ce groupe aux critères soumis pour les trois paramètres de validation. Tout comme ceux des professionnels, les commentaires émis par les usagers et les proches devront également être scrutés attentivement lors des étapes ultérieures de validation du référentiel, dans le but d'en tenir compte le mieux possible.

Par ailleurs, afin de s'assurer que, lors des activités de mesure de la qualité des soins critiques, des critères présentés aux proches en lieu et place d'usagers incapables d'exprimer leur opinion s'accroieraient à la vision et aux désirs de ces derniers en matière de qualité, 26 critères identiques ont été soumis de manière concomitante aux usagers et aux proches afin d'être validés. De manière globale, les critères présentés rejoignent le point de vue des deux groupes d'informateurs clés non professionnels, bien que la dimension d'empathie obtienne de meilleurs résultats chez les usagers.

De plus, les usagers et les proches ont démontré un pressant besoin de raconter leur expérience en soins critiques et de donner leur opinion sur la qualité des soins reçus, bien que cet aspect n'ait jamais été soulevé lors de la rencontre de validation des critères proposés. Enfin, même en ayant vécu une importante expérience de désorganisation de la pensée telle que le *délirium*, les cinq usagers interrogés qui avaient subi cette situation déplaisante se sont avérés capables de porter un jugement sur les critères proposés,

démontrant ainsi l'importance de recueillir l'opinion de ces derniers et de leurs proches lors des activités de mesure de la qualité lorsque leur état le permet.

Conclusion

Le domaine de la qualité est à la fois vaste, complexe et tributaire du contexte de soins. En matière de soins critiques, les critères de mesure de la qualité qui existaient déjà touchaient majoritairement les aspects physiques des soins et portaient sur la qualité fournie un regard parcellaire; toute approche plus large, tant au plan du partage de la vision des professionnels en place qu'en ce qui a trait à l'opinion de l'utilisateur et de ses proches, était absente.

Les objectifs de cette recherche visaient donc à cerner le construit « qualité des soins critiques », à le définir et à lui attribuer les dimensions qui lui étaient propres. Par la suite, des critères visant à rendre opérationnelle sa mesure devaient dans un premier temps être rédigés, puis validés par des experts et ce, selon une approche interprofessionnelle, tout en prenant en compte le point de vue des usagers et des proches.

À partir de la recension des écrits, 150 critères ont été proposés, regroupés en trois listes distinctes, et 148 d'entre eux ont été validés en matière de clarté, d'importance et de pertinence, avec un consensus très élevé. L'approche utilisée était sans précédent dans un contexte de soins critiques et elle a permis de valider un référentiel commun aux professionnels, aux usagers et aux proches de ces unités de soins. Cette recherche comporte des avantages aux plans théorique, clinique et de gestion mais ces derniers ne pourront être exploités pleinement que par la poursuite de l'approche proposée par Benson et Clark (1982), à savoir la construction d'un instrument de mesure, son évaluation quantitative et sa validation de construit. De nombreuses démarches restent à faire en ce qui concerne les étapes subséquentes de la validation mais il existe maintenant une définition du « construit de qualité des soins critiques », un modèle intégrateur qui le représente, des dimensions qui le caractérisent et des critères dont la validation nominale est réalisée. Plus encore, le référentiel proposé a reçu l'aval des professionnels qui oeuvrent en soins critiques, tout comme des usagers et des proches qui y séjournent.

Références

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. (2005a). *Attentes et satisfaction des usagers montréalais à l'égard des services de santé et des services sociaux pour l'année 2004*. Récupéré le 14 mars 2006, de www.santemontreal.qc.ca.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. (2005b). *Évaluer pour s'améliorer : Au coeur de la qualité des services*. Récupéré le 14 mars 2006, de www.santemontreal.qc.ca.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). (2004). *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : États des lieux et propositions*. Récupéré le 17 juin 2005, de <http://www.anaes.fr>.
- Alasad, J., & Ahmad, M. (2005). Communication with critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 356-362.
- American Association of Critical Care Nurses (AACN). (2000). *Standards for acute and critical care nursing practice*. Aliso Viejo : CA: American Association of Critical Care Nurses (AACN).
- Anand, K. N. (1997). Quality : an evolving concept. *Total Quality Management*, 8, 195-201.
- Anderson, E. R. (1993). Quality : A new management era. *Business Credit*, 95(5), 14-17.
- Annis, T. D. (2002). The interdisciplinary team across the continuum of care. *Critical Care Nurse*, 22(5), 76-79.
- Apolone, G. (2000). The state of research on multipurpose severity of illness scoring systems : Are we on target? *Intensive Care Medicine*, 26, 1727-1729.
- Association canadienne des soins de santé. (2002). *Sécurité des patients et qualité des soins : Mesures à prendre dès maintenant en matière d'effets indésirables - Un document d'information -*. Récupéré le 9 août 2005, de <http://www.cha.ca/documents/securitedespatientsnov2.pdf>
- Association des hôpitaux du Québec-AHQ. (1995). *Pour mieux travailler ensemble : Une vision renouvelée de réseaux de soins et de services*. Montréal : Association des Hôpitaux du Québec.
- Attree, M. (1993). An analysis of the concept "quality" as it relates to contemporary nursing care. *International Journal of Nursing Studies*, 30, 355-369.
- Attree, M. (1996). Towards a conceptual model of 'Quality Care'. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 13-28.

- Attree, M. (2001a). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 456-466.
- Attree, M. (2001b). A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. *Journal of Nursing Management*, 9, 67-78.
- Auerbach, S. M., Kiesler, D. J., Wartella, J., Rausch, S., Ward, K. R., & Ivatury, R. (2005). Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 14, 202-210.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Lemaire, F., Mokhtari, M., Le Gall, J. R., et al. (2001). Meeting the needs of intensive care unit patient families : A multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163, 135-139.
- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., et al. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, 987-994.
- Baggs, J. G., Ryan, S. A., Phelps, C. E., Richeson, J. F., & Johnson, J. E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart and Lung : The Journal of Acute and Critical Care*, 21, 18-24.
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal : Journal de l'Association médicale canadienne*, 170, 1678-1686.
- Banks, N. J., Palmer, R. H., Berwick, D. M., & Plsek, P. (1995). Variability in clinical systems : Applying modern quality control methods to health care. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 21, 407-419.
- Beckmann, U., Gillies, D. M., Berenholtz, S. M., Wu, A. W., & Pronovost, P. (2004). Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Intensive Care Medicine*, 30, 1579-1585.
- Beech, P., & Norman, I. J. (1995). Patients' perceptions of the quality of psychiatric nursing care : Findings from a small-scale descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 117-123.

- Bélangier, G. (2006). *Validation nominale des critères mesurant la qualité des services de soutien à domicile selon la perspective des utilisateurs* (Thèse de Doctorat). Montréal : Université de Montréal.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care : A thinking in action approach*. Philadelphie : W. B. Saunders.
- Benson, E., Rippin-Sisler, C., Jabusch, K., & Keast, S. (2007). Improving nursing shift - to - shift report. *Journal of Nursing Care Quality*, 22, 80-84.
- Benson, J., & Clark, F. (1982). A guide for instrument development and validation. *American Journal of Occupational Therapy*, 36, 789-800.
- Berenholtz, S. M., Dorman, T., Ngo, K., & Pronovost, P. J. (2002). Qualitative review of intensive care unit quality indicators. *Journal of Critical Care*, 17, 1-12.
- Berwick, D. M., James, B., & Coye, M. J. (2003). Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 41 Suppl, I30-38.
- Binnekade, J. M., de Mol, B. A., Kesecioglu, J., & de Haan, R. J. (2001). The Critical Nursing Situation Index for safety assessment in intensive care. *Intensive Care Medicine*, 27, 1022-1028.
- Bion, J. F., & Heffner, J. E. (2004). Challenges in the care of the acutely ill. *Lancet*, 363, 970-977.
- Bizek, K. S. (2005). The patient's experience with critical illness. Dans P. G. Morton, D. K. Fontaine, C. M. Hudak & B. M. Gallo (Éds.), *Critical care nursing : A holistic approach* (8^e éd., pp. 12-26). Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins.
- Blumenthal, D. (1996a). Part 1: Quality of care - what is it? *The New England Journal of Medicine*, 335, 891-894.
- Blumenthal, D. (1996b). Quality of health care. Part 4 : The origins of the quality - of - care debate. *The New England Journal of Medicine*, 335, 1146-1149.
- Blumenthal, D. (2004). Decisions, decisions : Why the quality of medical decisions matters. *Health Affairs, Suppl* VAR124-127.
- Brilli, R. J., Spevetz, A., Branson, R. D., Campbell, G. M., Cohen, H., Dasta, J. F., et al. (2001). Critical care delivery in the intensive care unit : Defining clinical roles and the best practice model. *Critical Care Medicine*, 29, 2007-2019.

- Brook, R. H., McGlynn, E. A., & Cleary, P. D. (1996). Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *The New England Journal of Medicine*, 335(13), 966-970.
- Brown, D. S. (1992). A conceptual framework for evaluation of nursing service quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(4), 66-74.
- Brunelle, Y. (1993). *La qualité des soins et services : Un cadre conceptuel*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Brunelle, Y., & Saucier, A. (1999). *Les indicateurs et le système de soins*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Bryant, L. L., Floersch, N., Richard, A. A., & Schlenker, R. E. (2004). Measuring healthcare outcomes to improve quality of care across post-acute care provider settings. *Journal of Nursing Care Quality*, 19, 368-376.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research Conduct, critique & utilization* (4^e éd.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Burr, G. (1998). Contextualizing critical care family needs through triangulation : An Australian study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14, 161-169.
- Caby, F., Louise, V., & Rolland, S. (2002). *La qualité au XXI^e siècle Vers le management de la confiance*. Paris : Economica.
- Caine, R. M. (1989). Families in crisis : Making the critical difference. *Focus on Critical Care*, 16, 184-189.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, 51, 1611-1625.
- Canadian Association of Critical Care Nurses (CACCN). (1997). *Standards for critical care nursing practice* (2^e éd.). London : Ontario.
- Capuzzo, M., Valpondi, V., Cingolani, E., Gianstefani, G., De Luca, S., Grassi, L., et al. (2005). Post-traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Minerva Anestesiologica*, 71, 167-179.
- Carlson, R. W., Weiland, D. E., & Srivathsan, K. (1996). Does a full-time, 24-hour intensivist improve care and efficiency? *Critical Care Clinics*, 12, 525-551.
- Chang, J. T., Hays, R. D., Shekelle, P. G., MacLean, C. H., Solomon, D. H., Reuben, D. B., et al. (2006). Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Annals of Internal Medicine*, 144, 665-672.

- Chao, S. Y., & Roth, P. (2005). Dimensions of quality in long-term care facilities in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 609-618.
- Charbonneau, M. A. (1995). De la préhistoire à nos jours. *Entreprendre*, 8(2), 31.
- Chassin, M. R. (1996). Improving the Quality of Care - Part Three of Six. *The New England Journal of Medicine*, 335, 1060-1063.
- Clark, K., & Normile, L. B. (2000). Critical care admissions criteria in community based hospitals: A pilot study with implications for quality management. *Journal of Nursing Care Quality*, 15, 32-41.
- Clarke, A., & Rao, M. (2004). Developing quality indicators to assess quality of care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 248-249.
- Clarke, E. B., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., et al. (2003). Quality indicators for end - of - life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 31, 2255-2262.
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25(1), 25-36.
- Cohen, S. S., Crego, N., Cuming, R. G., & Smyth, M. (2002). The synergy model and the role of clinical nurse specialists in a multihospital system. *American Journal of Critical Care*, 11, 436-446.
- Collopy, K. S. (1999). Advanced practice nurses guiding families through systems. *Critical Care Nurse*, 19(5), 80-85.
- Comeau, E., & Adkinson, K. (2007). Promoting quality patient care--reducing inpatient mortality. *Journal of Nursing Care Quality*, 22, 43-49.
- Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. (2005). *D'abord ne pas nuire...Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Conseil de la qualité en santé du Québec (CQSQ). (2006). *Collecte de données pour la production des indicateurs de la qualité des services de soins intensifs*. Récupéré le 16 avril 2006, de www.cqsq-hqcq.ca
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1993). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. *Bulletin de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*, 33(1), 12-17.
- Côté, N. (1991). *La personne dans le monde du travail*. Boucherville : Gaétan Morin.

- Coulon, L., Mok, M., Krause, K., & Anderson, M. (1996). The pursuit of excellence in nursing care : What does it mean? *Journal of Advanced Nursing*, 24, 817-826.
- Couper, M. R. (1984). The Delphi technique : Characteristics and sequence model. *Advances in Nursing Science*, 7(1), 72-77.
- Crunden, E., Boyce, C., Woodman, H., & Bray, B. (2005). An evaluation of the impact of the ventilator care bundle. *Nursing in Critical Care*, 10, 242-246.
- Curley, M. A. (1998). Patient-nurse synergy : Optimizing patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 7, 64-72.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : Un choix obligé. Dans O. Goulet & C. Dallaire (Éds.), *Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives* (pp. 339-363). Montréal : Gaétan Morin.
- D'hoore, W. (1999). Enjeux de l'évaluation de la qualité des soins. *Perspective soignante*, (6), 7-28.
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., et al. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit : American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622.
- Delbecq, A. L., Van de Ven, A. H., & Gustafson, D. H. (1975). *Group techniques for program planning : A guide to nominal group and delphi processes*. Oakland, NJ: Scott, Foresman and Company.
- Dellinger, R. P., & Vincent, J. L. (2005). The Surviving Sepsis Campaign sepsis change bundles and clinical practice. *Critical Care*, 9, 653-654.
- Deutschendorf, A. L. (2003). From past paradigms to future frontiers : Unique care delivery models to facilitate nursing work and quality outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33, 52-59.
- Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Produire la santé. Document synthèse*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Dlugacz, Y. D., Stier, L., Lustbader, D., Jacobs, M. C., Hussain, E., & Greenwood, A. (2002). Expanding a performance improvement initiative in critical care from hospital to system. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28, 419-434.
- Dodek, P. (2005). Improving patient safety in critical care : Big challenge, exciting opportunity. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 52, 459-462.

- Doering, E. R. (1983). Factors influencing inpatient satisfaction with care. *QRB Quality Review Bulletin*, 9, 291-299.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1986). Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Qrb Quality Review Bulletin*, 12, 99-100.
- Donabedian, A. (1987). Commentary on some studies on the quality of care. *Health Care Financing Review, No Spéc*, 75-85.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Donabedian, A. (1991). Reflections on the effectiveness of quality assurance. Dans R. H. Palmer, A. Donabedian & G. J. Povar (Éds.), *Striving for quality in health care : an inquiry into policy and practice* (pp. 61-127). Ann Arbor MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.
- Dooley, K. (2000). The paradigms of quality : Evolution and revolution in the history of the discipline. Dans D. Fedor & S. Ghosh (Éds.), *Advances in the management of organizational quality* (Vol. 5, pp. 1-31). New York: Elsevier.
- Durand, G. (2005). *Introduction générale à la bioéthique : Histoire, concepts et outils*. Ville St-Laurent : Fides.
- Dussault, G. (1990). Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité. *Gérontophile*, 12(2), 6.
- Ecklund, M. M., & Stamps, D. C. (2002). Promoting synergy in progressive care. *Critical Care Nurse*, 22(4), 60-67.
- Ellis, J., & Adams, C. (2002). Professional briefing. 'The essence of care' : Implications for practice. *Community Practitioner*, 75, 22-23.
- Ellis, R., & Whittington, D. (1993). *Quality assurance in health care : A handbook*. London: Edward Arnold.
- Elpern, E. H., Patterson, P. A., Gloskey, D., & Bone, R. C. (1992). Patients' preferences for intensive care. *Critical Care Medicine*, 20, 43-47.

- Engstrom, A., & Soderberg, S. (2004). The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 299-308.
- Ensminger, S. A., Morales, I. J., Peters, S. G., Keegan, M. T., Finkielman, J. D., Lymp, J. F., et al. (2004). The hospital mortality of patients admitted to the ICU on weekends. *Chest*, 126, 1292-1298.
- Esmail, R., Kirby, A., Inkson, T., & Boiteau, P. (2005). Quality improvement in the ICU. A Canadian perspective. *Journal of Critical Care*, 20, 74-76; discussion 76-78.
- Fairman, J., & Lynaugh, J. (1998). *Critical care nursing A history*. Philadelphie : University of Pennsylvania Press.
- Fawcett, J. (2000). Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge : Nursing models and theories. Philadelphie : F. A. Davis.
- Fernandez, C. V., Santor, D., Weijer, C., Strahlendorf, C., Moghrabi, A., Pentz, R., et al. (2007). The return of research results to participants : Pilot questionnaire of adolescents and parents of children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 48, 441-446.
- Fitzpatrick, J. M., While, A. E., & Roberts, J. D. (1992). The role of the nurse in high - quality patient care : A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1210-1219.
- Fluet, C. (2001). *Le système professionnel : Un cadre d'analyse*. Montréal : Université de Montréal.
- Fontaine, D. K. (2005). Impact of the critical care on the patient. Dans P. G. Morton, D. K. Fontaine, C. M. Hudak & B. M. Gallo (Éds.), *Critical care nursing A holistic approach* (8^e éd., pp. 36-45). Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins.
- Formarier, M., Jovic, L., Coutansais, G. P., & Goisneau, C. (1994). Opérationnalisation des concepts : soins, qualité et évaluation. *Recherche en Soins Infirmiers*, (No spécial méthodologie), 5-22.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Fox, R. C. (2002). *Indicateurs de satisfaction des services de soutien à domicile selon des personnes âgées et des aidants familiaux* (Mémoire de Maîtrise). Montréal : Université de Montréal.
- François, P., & Rhéaume, J. (2001). Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(1), 6-25.

- Frost, M. H. (1992). Quality : a concept of importance to nursing. *Journal of Nursing Care Quality*, 7, 64-69.
- Fry, S., & Warren, N. A. (2007). Perceived needs of critical care family members : a phenomenological discourse. *Critical Care Nursing Quarterly*, 30, 181-188.
- Fulbrook, P., & Mooney, S. (2003). Care bundles in critical care : A practical approach to evidence-based practice. *Nursing in Critical Care*, 8, 249-255.
- Gagnon, L. (2004). *Élaboration et validation de critères de la qualité des soins et des services dispensés en interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle et axée sur l'intégration sociale* (Mémoire de Maîtrise). Montréal : Université de Montréal.
- Garland, A. (2005a). Improving the ICU: part 1. *Chest*, 127, 2151-2164.
- Garland, A. (2005b). Improving the ICU: part 2. *Chest*, 127, 2165-2179.
- Garvin, D. A. (1987). Competing on the eight dimensions of quality. *Harvard Business Review*, 65, 101-109.
- Gavaghan, S. R., & Carroll, D. L. (2002). Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 21, 64-71.
- Giuffrida, A., Gravelle, H., & Roland, M. (1999). Measuring quality of care with routine data : Avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ British Medical Journal*, 319, 94-98.
- Glance, L. G., & Osler, T. M. (2005). Coupling quality improvement with quality measurement in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 33, 1144-1146.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, 27(3), 12-22.
- Gogue, J. M. (1997). *Management de la qualité* (2^e éd.). Paris : Économica.
- Gouvernement du Québec. (2002a). *Projet de loi n° 90. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec.
- Gouvernement du Québec. (2002b). *Projet de loi n° 113. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*. Québec.
- Gouvernement du Québec. (2005a). *Code des professions (L.R.Q., chapitre C-26)*. Québec.

- Gouvernement du Québec. (2005b). *Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., chapitre I-8)*. Québec.
- Gouvernement du Québec. (2005c). *Loi sur les Services de santé et les Services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)*. Québec.
- Gouvernement du Québec. (2005d). *Projet de loi n° 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et autres dispositions législatives*. Québec.
- Grant, N. K., Reimer, M., & Bannatyne, J. (1996). Indicators of quality in long - term care facilities. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 469-478.
- Grenier, D., & Rocheleau, L. (2001). *Démarche régionale d'amélioration continue de la qualité des services*. Trois-Rivières : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du centre-du-Québec.
- Grenier, R. (1989a). *IGEQSI courte durée Liste de critères Soins intensifs*, (2.0 éd.). Montréal : Concept inf.
- Grenier, R. (1989b). *IGEQSI Courte durée Listes de critères Médecine-chirurgie* (2.0 éd.). Montréal : Concept inf.
- Grenier, R. (1998). La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. *Journal de réadaptation médicale*, 18, 87-90.
- Grenier, R. (2002). Le processus de gestion de la qualité des soins-services. *Soins cadres*, 43, 29-34.
- Grenier, R., & Drapeau, J. (1989). *Développement d'un instrument global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers, l'IGEQSI, et étude de ses qualités métrologiques*. Montréal : Université de Montréal.
- Gunther, M. E. (2001). *The meaning of high-quality nursing care derived from King's Interacting Systems (Imogene King)*. (Thèse de Doctorat). Knoxville : The University of Tennessee.
- Gunther, M. E., & Alligood, M. R. (2002). A discipline - specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 353-359.
- Haddad, S., Remondin, M., Roberge, D., Potvin, L., & Pineault, R. (1999). *Évaluation de la qualité des soins par les utilisateurs de services. Développement et validation d'un instrument de mesure destiné à des services ambulatoires*. Montréal: GRIS, Université de Montréal.
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : En reconnaître la complexité. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4, 59-78.

- Hampton, D., & Norton, J. (2006). A model for quantifying quality initiatives in intensive care. *Journal of Nursing Care Quality*, 21, 70-77.
- Hardin, S., & Hussey, L. (2003). AACN Synergy model for patient care. Case study of a CHF patient. *Critical Care Nurse*, 23(1), 73-76.
- Harrigan, M. L. (2000). *En quête de qualité dans les soins de santé canadiens : Amélioration continue de la qualité*. (2^e éd.). Ottawa : Santé Canada.
- Hartigan, R. C. (2000). The Synergy Model. Establishing criteria for 1:1 staffing ratios. *Critical Care Nurse*, 20(2), 112, 114-116.
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care : A practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12-16.
- Heyland, D. K., Cook, D. J., Rocker, G. M., Dodek, P. M., Kutsogiannis, D. J., Peters, S., et al. (2003). Decision-making in the ICU : Perspectives of the substitute decision-maker. *Intensive Care Medicine*, 29, 75-82.
- Higgins, T. L. (2004). Timing Is Everything. *Chest*, 126, 4-6.
- Hogston, R. (1995). Evaluating quality nursing care through peer review and reflection; the findings of a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 162-172.
- Hupcey, J. E., & Zimmerman, H. E. (2000). The need to know : Experiences of critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 9, 192-198.
- Hurlock-Chorostecki, C. (1999). Holistic care in the critical care setting: application of a concept through Watson's and Orem's theories of nursing. *CACCN*, 10(4), 20-25.
- Idvall, E., Rooke, L., & Hamrin, E. (1997). Quality indicators in clinical nursing : A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 6-17.
- Institute of Medicine (IOM). (2000). *To err is human : Building a safer health system*. Washington : The National Academy Press.
- Irurita, V. F. (1999). Factors affecting the quality of nursing care : The patient's perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 86-94.
- Jacquerye, A., & Grenier, R. (1999). L'avenir de la qualité des soins infirmiers. Dans A. Jacquerye, M. Chagnon, R. Grenier, A. Heuse, L. Holtzer & M. Hubinon (Éds.), *La qualité des soins infirmiers Implantation, évaluation, accréditation*. (pp. 287-291). Paris : Maloine.

- Jenkins, J., Alderdice, F., & McCall, E. (2005). Improvement in neonatal intensive care in Northern Ireland through sharing of audit data. *Quality and Safety in Health Care*, 14, 202-206.
- Johns, C. (2005). Reflection on the relationship between technology and caring. *Nursing in Critical Care*, 10, 150-155.
- Johnson, M., Mass, M., & Moorhead, S. (2000). *Nursing outcomes classification* (2^e éd.). St-Louis: Mosby.
- Joiner, G. (1996). Caring in action : The key to nursing service excellence. *Journal of Nursing Care Quality*, 11, 38-43.
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R. D., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., et al. (2004). Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Medicine*, 30, 456-460.
- Jun, M., Peterson, R. T., & Zsidisin, G. A. (1998). The identification and measurement of quality dimensions in health care : Focus group interview results. *Health Care Management Review*, 23(4), 81-96.
- Kahn, J. (1987). *Gestion de la qualité dans les établissements de santé*. Montréal : Agence d'Arc Inc.
- Kaplow, R. (2003). AACN Synergy Model for Patient Care : A framework to optimize outcomes. *Critical Care Nurse, Suppl*, 27-30.
- Kasper, E. K., Gerstenblith, G., Hefter, G., Van Anden, E., Brinker, J. A., Thiemann, D. R., et al. (2002). A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *Journal of the American College of Cardiology*, 39, 471-480.
- Kélada, J. (2000). *Qualité totale : Amélioration continue*. Montréal : Quafec.
- Kemppainen, J. K., O'Brien, L., Williams, H., Evans, L., Weiner, K. N., & Holzemer, W. L. (1999). Quantifying patient engagement with nurses : Validation of a scale with AIDS patients. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 3, 167-174.
- Kimberly, J. R., & Minvielle, E. (2000). *The quality imperative Measurement and management of quality in health care*. London : Imperial College Press.
- Kleinpell, R. (2006). Quality indicators in acute and critical care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 18(4).

- Knaus, W. A. (2002). Process of care assessment and the evaluation of outcome from intensive care. Dans W. J. Sibbald & J. F. Bion (Éds.), *Evaluating critical care Using health services research to improve quality* (pp. 41-50). New York : Springer.
- Knaus, W. A., Wagner, D. P., Zimmerman, J. E., & Draper, E. A. (1993). Variations in mortality and length of stay in intensive care units. *Annals of Internal Medicine*, 118, 753-761.
- Kolb, F. (2002). *La qualité*. Paris : Vuibert.
- Kosco, M., & Warren, N. A. (2000). Critical care nurses' perceptions of family needs as met. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23, 60-72.
- Larrabee, J. H. (1996). Emerging model of quality. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 28, 353-358.
- Larrabee, J. H., & Bolden, L. V. (2001). Defining patient-perceived quality of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 16, 34-60, 74-35.
- Larsson, B. W., Larsson, G., Chanterneau, M. W., & von Holstein, K. S. (2005). International comparisons of patients' views on quality of care. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 18(1), 62-73.
- Laveault, D., & Grégoire, J. (2002). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation* (2^e éd.). Bruxelles : De Boeck Université.
- Le nouveau Petit Robert de la langue française 2008 (2008). Dictionnaire Le Robert : Paris.
- Léone, C. (1996). La qualité des soins dans la qualité de vie. *Gérontologie et société*, (78), 65-77.
- Leprohon, J. (2001). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec*. Montréal : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.
- Leske, J. S. (1986). Needs of relatives of critically ill patients : A follow-up. *Heart and Lung : The Journal of Acute and Critical Care*, 15, 189-193.
- Leske, J. S. (1991). Overview of family needs after critical illness : From assessment to intervention. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 2, 220-229.
- Levy, M. M. (2006). Finding out what we do in ICU. *Critical Care Medicine*, 34, 227-228.
- Levy, M. M. (2007). A view from the other side. *Critical Care Medicine*, 35, 603-604.

- Ligtenberg, J. J., Arnold, L. G., Stienstra, Y., van der Werf, T. S., Meertens, J. H., Tulleken, J. E., et al. (2005). Quality of interhospital transport of critically ill patients : A prospective audit. *Critical Care*, 9, R446-451.
- Lilford, R., Mohammed, M. A., Spiegelhalter, D., & Thomson, R. (2004). Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care : Avoiding institutional stigma. *Lancet*, 363, 1147-1154.
- Lo, K. K., & Li, E. P. (2005). Content validation on the Work Performance Rating Scale for sheltered workshop workers. *Work*, 25, 341-346.
- Lohr, K. N. (1990). *MEDICARE A strategy for quality assurance* (Vol. 1). Washington DC : National Academy Press.
- Lohr, K. N., & Harris-Wehling, J. (1991). Medicare: a strategy for quality assurance, I : A recapitulation of the study and a definition of quality of care. *QRB Quality Review Bulletin*, 17, 6-9.
- Long, C. O., & Greeneich, D. S. (1994). Family satisfaction techniques : Meeting family expectations. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 13, 104-111.
- Lozeau, D. (1996). L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans 12 hôpitaux publics du Québec. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 3, 187-208.
- Lozeau, D. (2002). Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec. *Gestion*, 27(3), 113-122.
- Lozeau, D. (2004). *La démarche qualité : De l'enlisement d'une technique à l'enlisement d'un archétype*. Communication présentée à la 13^e conférence de l'AIMS, Normandie : Vallée de Seine.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness : A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51, 1087-1110.
- Medland, J. J., & Ferrans, C. E. (1998). Effectiveness of a structured communication program for family members of patients in an ICU. *American Journal of Critical Care*, 7, 24-29.
- Megivern, K., Halm, M. A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(4), 9-24.

- Ménard, G., & Grenier, R. (2004). *Contention et isolement Normes et critères de la qualité des soins et services*. Montréal : Décarie.
- Mendonca, D., & Warren, N. A. (1998). Perceived and unmet needs of critical care family members. *Critical Care Nursing Quarterly*, 21, 58-67.
- Merlet, P., Garnier, Y., Vinciguerra, M., & Larousse (firme). (2004). *Le petit Larousse illustré 2005*. Paris : Larousse.
- Meyer, G. S., & Massagli, M. P. (2001). The forgotten component of the quality triad: can we still learn something from "structure"? *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27, 484-493.
- Meyers, T. A., Eichhorn, D. J., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Klein, J. D., Taliaferro, E., et al. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation. *American Journal of Nursing*, 100(2), 32-42; quiz 43.
- Mian, P., Warchal, S., Whitney, S., Fitzmaurice, J., & Tancredi, D. (2007). Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Critical Care Nurse*, 27(1), 52-61.
- Michaels, C. (2006). Content validity and the language of breathing. *Heart and Lung : The Journal of Acute and Critical Care*, 35, 405-411.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Résumé*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005a). *Agrément obligatoire pour tout établissement*. Récupéré le 3 janvier 2006, de http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/normes_pratiques.html.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005b). *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Minvielle, E., Dervaux, B., Retbi, A., Aegerter, P., Boumendil, A., Jars-Guincestre, M. C., et al. (2005). Culture, organization, and management in intensive care : Construction and validation of a multidimensional questionnaire. *Journal of Critical Care*, 20, 126-138.
- Mishel, M. H. (1998). Methodological studies : Instrument development. Dans P. J. Brink & M. J. Wood (Éds.), *Advanced desing in nursing research* (2^e éd., pp. 235-286). Thousand Oaks : Sage.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality health outcomes model. American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 30, 43-46.

- Mitchell, P. H., & Lang, N. M. (2004). Framing the problem of measuring and improving healthcare quality : Has the Quality Health Outcomes Model been useful? *Medical Care*, 42(2 Suppl), II 4-II 11.
- Mitchell, P. H., Shannon, S. E., Cain, K. C., & Hegyvary, S. (1996). Critical care outcomes : Linking structures, processes, and organizational and clinical outcomes. *American Journal of Critical Care*, 5, 353-365.
- Molter, C. N. (1979). Needs of relatives of critically ill patients : A descriptive study. *Heart and Lung : The Journal of Acute and Critical Care*, 8, 332-339.
- Moreno, R. (2003). From the evaluation of the individual patient to the evaluation of the ICU. *Réanimation*, 12, 47-48.
- Moreno, R., & Matos, R. (2001). Outcome prediction in intensive care. Solving the paradox.[comment]. *Intensive Care Medicine*, 27, 962-964.
- Morin, D. (1999). Notion de concept, mesure de résultats en soins infirmiers : Satisfaction des usagers. *Recherche en soins infirmiers*, 58, numéro spécial, 95-102.
- Moser, D. K., Dracup, K. A., & Marsden, C. (1993). Needs of recovering cardiac patients and their spouses : Compared views. *International Journal of Nursing Studies*, 30, 105-114.
- Mudd, D. L. (1988). Monitoring productivity and quality indicators in a critical care setting. *Nursing Management*, 19(10), 96A-B, 96D, 96F.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research* (5^e éd.). Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins.
- Needham, D. M., Bronskill, S. E., Calinawan, J. R., Sibbald, W. J., Pronovost, P. J., & Laupacis, A. (2005). Projected incidence of mechanical ventilation in Ontario to 2026: Preparing for the aging baby boomers. *Critical Care Medicine*, 33, 574-579.
- Normand, C., Douglas, H., & Castelnovo, E. (2000). Quality in nursing care : Context, complexity and the role of professions. *NT Research*, 5, 407-415.
- Norton, C. (2005). The family's experience with critical illness. Dans P. G. Morton, D. K. Fontaine, C. M. Hudak & B. M. Gallo (Éds.), *Critical care nursing A holistic approach* (8^e éd., pp. 27-35). Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins.
- O'Connell, B. O., & Warelow, P. J. (2001). Challenges of measuring and linking patient outcomes to nursing interventions in acute care settings. *Nursing and Health Sciences*, 3, 113-117.

- Oermann, M. H., Dillon, S. L., & Templin, T. (2000). Indicators of quality of care in clinics : Patients' perspectives. *Journal of Healthcare Quality*, 22(6), 9-11; quiz 12.
- Office québécois de la langue française. (2006). *Le grand dictionnaire terminologique*. Récupéré le 20 juin 2006, de www.granddictionnaire.com/.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (1996). *L'exercice infirmier en soins critiques*. Montréal : OIIQ.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2002). *Qualité des soins : Sécurité des patients*. Récupéré le 25 octobre 2005, de www.WHO.int/fr/.
- Orgogozo, I. (1997). Qualité dans les soins infirmiers : Les préalables aux méthodes. *Recherche en Soins Infirmiers*, (50), 109-115.
- Orwelius, L., Nordlund, A., Edell-Gustafsson, U., Simonsson, E., Nordlund, P., Kristenson, M., et al. (2005). Role of preexisting disease in patients' perceptions of health-related quality of life after intensive care. *Critical Care Medicine*, 33, 1557-1564.
- Osmon, S., Harris, C. B., Dunagan, W. C., Prentice, D., Fraser, V. J., & Kollef, M. H. (2004). Reporting of medical errors : An intensive care unit experience. *Critical Care Medicine*, 32, 727-733.
- Palmer, R. H. (1991). Considerations in defining quality of health care. Dans *Striving for quality in health care : An inquiry into policy and practice* (pp. 2-30). Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
- Palmer, R. H. (1996). Quality health care. *JAMA: The Journal of American Medical Association*, 275, 1851-1852.
- Palmer, R. H. (1997). Using clinical performance measures to drive quality improvement. *Total Quality Management*, 8, 305-311.
- Pattison, N. (2005). Critical care. Psychological implications of admission to critical care. *British Journal of Nursing (BJN)*, 14, 708-714.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé concepts méthodes stratégies*. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Plowright, C. (1995). Auditing quality of nursing care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11, 354-359.
- Poirier-Coutansais, G. (1994). La qualité, Pourquoi? Comment? *Recherche en Soins Infirmiers*, (No spécial méthodologie), 150-157.

- Povar, G. J. (1991). What does quality mean ? Critical ethical issues for quality assurance. Dans R. H. Palmer, A. Donabedian & G. J. Povar (Éds.), *Striving for quality in health care : an inquiry into policy and practice* (pp. 130-161). Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
- Presutti, E., & Millo, J. (2006). Controlling blood glucose levels to reduce infection. *Critical Care Nursing Quarterly*, 29, 123-131.
- Pronovost, P. J., Berenholtz, S. M., Ngo, K., McDowell, M., Holzmueller, C., Haraden, C., et al. (2003). Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 18, 145-155.
- Pronovost, P. J., Nolan, T., Zeger, S., Miller, M., & Rubin, H. (2004). How can clinicians measure safety and quality in acute care? *Lancet*, 363, 1061-1067.
- Pukk, K., Lundberg, J., Gaffney, A., Penaloza-Pesantes, R. V., & Olsson, J. (2003). Do health care managers know the comparative quality of their care? *Quality Management in Health Care*, 12, 232-239.
- Puran, A. (2003). *Stakeholders' perceptions regarding hospital quality* (Thèse de Doctorat). Rutgers-Newark : The State University of New Jersey.
- Pyykko, A. K., Ala-Kokko, T. I., Laurila, J. J., Miettunen, J., Finnberg, M., & Hentinen, M. (2004). Validation of the new Intensive Care Nursing Scoring System (ICNSS). *Intensive Care Medicine*, 30, 254-259.
- Radwin, L., & Alster, K. (1999). Outcomes of perceived quality nursing care reported by oncology patients. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 13, 327-343; discussion 345-347.
- Rantz, M. J. (1995). Quality measurement in nursing : Where are we now? *Journal of Nursing Care Quality*, 9(2), 1-7.
- Raphaël, J.-C. (2003). Audit de la qualité des services de réanimation francophones : Expérience du GRAH. *Réanimation*, 12, 59-61.
- Ratray, J. E., Johnston, M., & Wildsmith, J. A. W. (2005). Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia*, 60, 1085-1092.
- Redfern, S. (1993). In pursuit of quality of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 2(3), 141-148.
- Redfern, S. J., & Norman, I. J. (1990). Measuring the quality of nursing care : A consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1260-1271.

- Reed, L., Blegen, M., & Goode, C. (1998). Adverse Patient Occurrences as a Measure of Nursing Care Quality. *Journal of Nursing Administration*, 28(5), 62-69.
- Reeves, C. A., & Bednar, D. A. (1994). Defining quality : Alternatives and implications. *Academy of Management Review*, 19, 419-445.
- Reeves, C. A., & Bednar, D. A. (1995). Quality as symphony. *The Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 36(3), 72-79.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1995). *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*. Montréal : Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1999). *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (2001). *Un regard sur les attentes et la satisfaction des montréalais en l'an 2001*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (2003). *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*. Montréal : Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Ringdal, M., Johansson, L., Lundberg, D., & Bergbom, I. (2006). Delusional memories from the intensive care unit - experienced by patients with physical trauma. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 346-354.
- Robb, Y. A. (1998a). Family nursing in intensive care. Part One : Is family nursing appropriate in intensive care? *Intensive and Critical Care Nursing*, 14, 117-123.
- Robb, Y. A. (1998b). Family nursing in intensive care. Part two: The needs of a family with a member in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14, 203-207.
- Roberge, D., Fournier, M., Michaud, C., & Pepin, J. (2003). La qualité des soins Qu'en pensent les personnes atteintes d'une MPOC? *L'Infirmière du Québec*, 10(5), 14-26.

- Roberge, D., Lebel, P., Ducharme, F., Pineault, R., Loiselle, J., & Remondin, M. (1998). *Développement et validation d'un instrument de mesure destiné à mesurer les perceptions des aidants de la qualité des soins et des services dans les unités de courte durée gériatriques*. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS).
- Roberge, D., Loiselle, J., Lebel, P., Ducharme, F., & Pineault, R. (1998). Qualité des soins dispensés en unités de courte durée gériatriques : La perspective des patients. *Canadian Journal on Aging-La Revue canadienne du vieillissement*, 17(2), 123-142.
- Roberge, D., Pineault, M., & Pineault, R. (2000). *Patients perspective in assessing the quality of care: Toward the development of a managerial tool for the strategic level*. Manuscrit non publié, Montréal.
- Rosenthal, V. D., Guzman, S., Migone, O., & Safdar, N. (2005). The attributable cost and length of hospital stay because of nosocomial pneumonia in intensive care units in 3 hospitals in Argentina: A prospective, matched analysis. *American Journal of Infection Control*, 33, 157-161.
- Rothschild, J. M., Landrigan, C. P., Cronin, J. W., Kaushal, R., Lockley, S. W., Burdick, E., et al. (2005). The Critical Care Safety Study : The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Critical Care Medicine*, 33, 1694-1700.
- Rubinfeld, G. D. (2002). The structure of intensive care. Dans W. J. Sibbald & J. F. Bion (Éds.), *Evaluating critical care Using health services research to improve quality* (pp. 23-40). New York : Springer.
- Rumbak, M. J. (2005). Pneumonia in patients who require prolonged mechanical ventilation. *Microbes and Infection*, 7, 275-278.
- Sales, A., Lurie, N., Moscovice, I., & Goes, J. (1995). Is quality in the eye of the beholder? *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 21, 219-225.
- Saucier, A., & Brunelle, Y. (1995). *Les indicateurs et la gestion par résultats*. Québec : Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation.
- Schmadl, J. C. (1979). Quality assurance : Examination of the concept. *Nursing Outlook*, 27, 462-465.
- Schmele, J. A., & Donabedian, A. (1996). The application of a model to measure the quality of nursing care in home health. Dans J. A. Schmele (Éd.), *Quality management in nursing and health care* (pp. 375-394). Albany, NY : Delmar Publishers.

- Schrøder, P. S. (1991). *Issues and strategies for nursing care quality*. Gaithersburg : Aspen Publishers.
- Setbon, M. (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective? *Sociologie du travail*, 42, 51-68.
- Shannon, S. E., Mitchell, P. H., & Cain, K. C. (2002). Patients, nurses, and physicians have differing views of quality of critical care. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 34, 173-179.
- Shattell, M., Hogan, B., & Thomas, S. P. (2005). "It's the people that make the environment good or bad": The patient's experience of the acute care hospital environment. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 16, 159-169.
- Simpson, L., Osborne, J., & Eisenberg, J. M. (1999). Planning and accountability at AHCPR : Applying the quality message at home. Agency for Health Care Policy and Research. *Health Services Research*, 34, 461-483.
- Skrobik, Y. (2004). Le délirium aux soins intensifs. *Urgence pratique*(66), 5-9.
- Society of Critical Care Medicine (SCCM). (2005a). *Improving your ICU : Tips for better care*. Récupéré le 12 décembre 2005, de <http://www.sccm.org>
- Society of Critical Care Medicine (SCCM). (2005b). *Committed to Right Care Right Now*. Récupéré le 12 décembre 2005, de <http://www.sccm.org>
- Sower, V., Duffy, J., Kilbourne, W., Kohers, G., & Jones, P. (2001). The dimensions of service quality for hospitals : Development and use of the KQCAH scale. *Health Care Management Review*, 26(2), 47-59.
- Steffen, G. E. (1988). Quality medical care. A definition. *JAMA: The Journal of American Medical Association*, 260, 56-61.
- Stewart, S., Marley, J. E., & Horowitz, J. D. (1999). Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure : A randomised controlled study. *Lancet*, 354, 1077-1083.
- Taylor, A. G., & Haussmann, G. M. (1988). Meaning and measurement of quality nursing care. *Applied Nursing Research*, 1, 84-88.
- Teres, D. (2004). The value and limits of severity adjusted mortality for ICU patients. *Journal of Critical Care*, 19, 257-263.
- Tolentino-DelosReyes, A. F., Ruppert, S. D., & Shiao, S. Y. (2007). Evidence-based practice : Use of the ventilator bundle to prevent ventilator-associated pneumonia. *American Journal of Critical Care*, 16, 20-27.

- Turnock, C., & Kelleher, M. (2001). Maintaining patient dignity in intensive care settings. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 144-154.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2006). *Thelan's critical care nursing Diagnosis and management* (5^e éd.). St-Louis : MI: Mosby Elsevier.
- Vuori, H. (1987). Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? *QRB Quality Review Bulletin*, 13, 106-108.
- Wahlin, I., Ek, A. C., & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care - an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 370-377.
- Wall, R. J., Engelberg, R. A., Downey, L., Heyland, D. K., & Curtis, J. R. (2007). Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Critical Care Medicine*, 35, 271-279.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2005). *Measurement in nursing and health research* (3^e éd.). New York : Springer.
- Wang, J.-J., Tseng, H.-F., & Chen, K.-M. (2007). Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21, 40-47.
- White, D. B., Engelberg, R. A., Wenrich, M. D., Lo, B., & Curtis, J. R. (2007). Prognostication during physician-family discussions about limiting life support in intensive care units. *Critical Care Medicine*, 35, 442-448.
- Wild, C., & Narath, M. (2005). Evaluating and planning ICUs : Methods and approaches to differentiate between need and demand. *Health Policy*, 71, 289-301.
- Williams, A. M. (1998a). The delivery of quality nursing care : A grounded theory study of the nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 808-816.
- Williams, M., & Murphy, J. D. (1991). Noise in critical care units : A quality assurance approach. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(1), 53-59.
- Williams, S. A. (1998b). Quality and care : Patients' perceptions. *Journal of Nursing Care Quality*, 12(6), 18-25.
- Wong, D. T., Gomez, M., McGuire, G. P., & Kavanagh, B. (1999). Utilization of intensive care unit days in a Canadian medical-surgical intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 27, 1319-1324.
- Wyszewianski, L. (2003). Defining, measuring, and improving quality of care. *Clinics in Family Practice*, 5, 807-825.

- Yeager, S. (2005). Interdisciplinary collaboration : The heart and soul of health care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(2), 143-148.
- Zimmerman, J. E. (2002). Quality indicators : The continuing struggle to improve the quality of critical care. *Journal of Critical Care*, 17, 12-15.
- Zinn, J. S., Brannon, D., & Weech, R. (1997). Quality improvement in nursing care facilities : Extent, impetus, and impact. *American Journal of Medical Quality*, 12, 51-61.

Appendice A

Liste des critères soumis aux informateurs clés professionnels

Secteur organisationnel: Touche l'organisation des services, réfère à l'environnement et au contexte qui en assure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort, les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent assurer ou non la rapidité, et la continuité.

Dimension 1 Accessibilité

Accessibilité. L'accessibilité est définie comme la disponibilité de différents aspects relatifs aux unités de soins critiques. Elle inclut la présence de tout l'équipement et de l'appareillage nécessaire en plus de la possibilité pour l'utilisateur d'avoir accès à l'unité de soins critiques et aux traitements nécessaires au moment opportun. Elle inclut également l'accessibilité des proches à l'unité de soins, tout comme la disponibilité et la nature de l'information transmise à l'utilisateur et à ses proches.

Norme 1.1 L'utilisateur dont l'état le requiert est admis sans délai à l'USC

Critère 1.1.01

Les critères d'admission à l'USC sont adoptés par les autorités compétentes

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.1.02

Le médecin traitant ou l'intensiviste valide l'admissibilité de l'utilisateur avant son admission à l'unité de soins critiques

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.1.03

Un lit de soins critiques est disponible sans délai pour recevoir un utilisateur dont l'état le requiert

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Norme 1.2 Le matériel et l'équipement nécessaires sont disponibles pour les soins de l'usager en USC

Critère 1.2.01

L'USC comprend une ou des chambres d'isolement munies de tout l'équipement requis. Par équipement requis, on entend par exemple la ventilation positive et négative, un lavabo et une toilette, une antichambre avec un évier et un espace suffisant pour ranger le matériel d'isolement.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.2.02

Le personnel infirmier a une vision directe de chaque usager dont il a la responsabilité

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.2.03

L'espace disponible dans chaque aire individuelle de soins permet de recevoir l'équipement nécessaire

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.2.04

L'éclairage à l'USC est adéquat en tout temps. Par éclairage adéquat, on entend par exemple une lumière non éblouissante au-dessus du lit, des surfaces de travail bien éclairées à chaque chevet, un système d'éclairage auxiliaire, des lumières d'urgences et un système électrique de relais en cas de panne électrique.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.2.05

Le système de communication à l'USC est adéquat en tout temps. Par système de communication adéquat, on entend un système d'appel pour les usagers et un système d'appel en cas d'urgence.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.2.06

Le chariot d'urgence de l'USC contient l'équipement nécessaire pour procéder à la réanimation imminente ou actuelle de l'utilisateur. Par équipement nécessaire, on entend l'équipement permettant le dégagement des voies respiratoires et l'intubation, une planche à massage cardiaque, un moniteur à ECG portatif avec l'équipement nécessaire pour la cardioversion et la défibrillation, la médication d'usage en réanimation, un entraîneur électrosystolique externe non invasif, de l'équipement de protection contre les liquides biologiques (gants, masque avec visière).

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.2.07

On retrouve à chaque chevet d'un lit d'USC l'équipement de base requis. Par équipement requis, on entend deux sorties d'oxygène, une sortie d'air comprimé, deux sorties pour suctions, quatre prises électriques doubles, un moniteur permettant l'enregistrement de l'ECG et de tous les paramètres hémodynamiques, un resuscitateur manuel de type Ambu et les masques et équipements qui s'y adaptent, l'équipement nécessaire au monitoring de la tension artérielle, des contenants pour disposer des aiguilles et autres objets piquants ou tranchants, un évier, un endroit pour remplir le dossier incluant la possibilité d'informatiser les données s'il y a lieu.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.2.08

L'équipement supplémentaire requis pour les soins de l'usager est facilement accessible au personnel. Par équipement supplémentaire, on entend de manière non limitative l'équipement d'oxygénothérapie, le matériel de succion, des ventilateurs mécaniques incluant un Bipap, des pompes à perfusion afin d'administrer solutés et médicaments, l'équipement de transport d'urgence, des entraîneurs électrosystoliques externes et le matériel qui s'y rattache, le matériel nécessaire pour réchauffer ou refroidir le patient, les moniteurs et l'équipement nécessaire pour prendre les pressions intracardiaque, intravasculaire, intracrânienne, la température corporelle et autres, les moniteurs d'oxymétrie pulsée et de capnographie.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.2.09

La ventilation de l'USC permet une température et une humidité contrôlées, et la possibilité de faire des échanges avec l'air frais extérieur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.2.10

L'équipement défectueux est réparé dans un délai raisonnable.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.2.11

Une salle d'accueil pour les proches est disponible à proximité de l'USC

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Norme 1.3 Les soins et services sont dispensés au moment opportun		
Critère 1.3.01		
L'état de l'utilisateur est évalué dès son arrivée à l'USC		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 1.3.02		
Les intervenants concernés par l'état clinique de l'utilisateur sont informés au moment opportun après son arrivée à l'USC		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 1.3.03		
Les intervenants concernés rendent visite à l'utilisateur dans un délai raisonnable selon son état clinique		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 1.3.04		
Les traitements requis par l'état de l'utilisateur sont prescrits dans les meilleurs délais		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		

Critère 1.3.05

Les traitements requis sont initiés dans des délais raisonnables selon l'état clinique de l'utilisateur

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.3.06

Le service de brancardage est accessible dans un délai raisonnable

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.3.07

Les services diagnostics (imagerie, laboratoire, électrocardiographie) sont assurés dans un délai acceptable

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 1.3.08

Les résultats des tests sont disponibles au moment opportun

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Norme 1.4 L'utilisateur et ses proches ont accès à l'information nécessaire		
Critère 1.4.01		
Les obstacles à la communication (déficits sensoriels, langue parlée) sont notés au dossier et au plan de soins		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 1.4.02		
Les moyens nécessaires pour pallier les déficits sensoriels de l'utilisateur sont utilisés (appareil auditif, aide pour déficits visuels).		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 1.4.03		
Une liste d'interprètes est disponible pour répondre aux besoins d'utilisateurs et de proches d'autres langues		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 1.4.04		
L'horaire de visites et les consignes pertinentes sont affichés à l'entrée de l'USC et dans la salle d'accueil des proches		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		

Critère 1.4.05		
L'horaire de visites peut être modifié selon l'état de l'utilisateur		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Dimension 2 Confort		
<i>Confort.</i> Le confort porte sur le fait que l'environnement physique est agréable, propre et favorise le repos		
Norme 2.1 Le confort de l'utilisateur et de ses proches est pris en considération		
Critère 2.1.01		
Tous les locaux de l'USC sont propres		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 2.1.02		
Les déchets sont ramassés au moins une fois par jour et au besoin		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 2.1.03		
L'horaire des traitements est aménagé selon l'état de l'utilisateur (regroupés ou fractionnés) afin de lui permettre des périodes de repos		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		

Critère 2.1.04		
Les sources de surstimulation telles la lumière et les diverses sources de bruit (alarmes, téléavertisseurs, conversations) sont réduites au minimum		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Dimension 3 Continuité		
<i>Continuité.</i> La continuité fait état d'une absence de rupture dans les services à l'utilisateur. Elle inclut tous les aspects des relations interprofessionnelles qui mènent à des soins continus, tant au plan des outils que des aspects interpersonnels qui permettent la collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins.		
Norme 3.1 Les soins fournis à l'utilisateur et à ses proches sont ininterrompus		
Critère 3.1.01		
Les soins de l'utilisateur sont assurés par les mêmes intervenants pendant la plus longue période possible		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 3.1.02		
L'état de l'utilisateur est évalué et consigné au dossier dès le début du service par l'intervenant qui en a la responsabilité		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		

Critère 3.1.03

Les intervenants prennent connaissance des ordonnances médicales et des modifications de traitement dans les plus brefs délais.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.1.04

Les requêtes diagnostiques, pharmacologiques ou autres sont rapidement acheminées dans le service correspondant.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.1.05

Les informations transmises à l'utilisateur et à ses proches par les intervenants et leurs réactions sont consignées au dossier de l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.1.06

Les notes des intervenants au dossier et au plan de soins permettent d'assurer le suivi des soins.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.1.07

Un rapport concernant l'état de l'usager est rédigé et complété verbalement lors des changements d'équipe

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.1.08

À la fin du service, l'intervenant responsable reçoit un rapport de chacun des intervenants qui relèvent directement de lui.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.1.09

Lors du transfert de l'usager dans une autre unité de soins, un rapport verbal complet est transmis à l'intervenant qui prendra l'usager en charge et le nom de la personne à qui le rapport est transmis apparaît au dossier.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Norme 3.2 L'approche interdisciplinaire est privilégiée dans les soins fournis à l'usager

Critère 3.2.01

Un plan de soins individualisé et interdisciplinaire est rédigé

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.2.02

Des réunions formelles interdisciplinaires sont tenues lorsque l'état de l'utilisateur le requiert.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.2.03

Les intervenants sont invités à apporter leur point de vue sur l'évolution de l'état de l'utilisateur lors de la tournée médicale et au besoin.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.2.04

Les intervenants disent se sentir à l'aise d'exprimer leur point de vue au sujet des soins fournis à l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.2.05

Les intervenants affirment que leur point de vue est pris en compte dans les soins fournis à l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 3.2.06		
Les intervenants affirment avoir le sentiment de faire partie d'une équipe de soins.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 3.2.07		
Des activités de formation interdisciplinaires sont offertes au moins une fois par année.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 3.2.08		
Un comité interdisciplinaire de soins critiques est formé et se réunit régulièrement		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Secteur téléologique : Fait référence aux effets intermédiaires et globaux des soins de santé en termes d'amélioration de l'état de santé, de confort et de satisfaction de la personne. Fait également référence au rapport coûts/bénéfices		
Dimension 4 Efficacité		
<i>Efficacité.</i> L'efficacité touche les résultats des soins en termes d'amélioration de l'état de santé, de contrôle de la douleur et des autres symptômes et de satisfaction de l'utilisateur et de ses proches		

Norme 4.1 Les soins fournis apportent les effets escomptés		
Critère 4.1.01		
Le résultat de la comparaison des indices de mortalité et de morbidité avec les standards établis est acheminé au comité interdisciplinaire des soins critiques		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 4.1.02		
Les résultats de la comparaison des taux de complications avec les standards établis sont acheminés au comité interdisciplinaire des soins critiques		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 4.1.03		
Les résultats de la comparaison des taux de décès avec les standards établis sont acheminés au comité interdisciplinaire des soins critiques		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère 4.1.04		
Les notes au dossier reflètent la réponse de l'utilisateur aux soins qu'il a reçus		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		

Dimension 5 Efficience

Efficience. L'efficience clinique se rapporte ici à l'absence d'événements négatifs. Ce sont les erreurs de médicaments, les chutes, les infections nosocomiales, les plaies de pression et les réadmissions à l'unité des soins critiques dans les 24 heures suivant le transfert.

Norme 5.1 Les soins fournis sont exempts d'événements négatifs

Critère 5.1.01

Le taux de réadmissions à l'USC dans les 24 heures suivant le transfert de l'usager est transmis mensuellement au comité interdisciplinaire des soins critiques.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 5.1.02

Des programmes de prévention des événements négatifs sont a) mis à jour régulièrement, b) diffusés et c) connus des intervenants concernés. Par événement négatif, on entend les erreurs de médicaments, les chutes, les infections nosocomiales et les plaies de pression.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 5.1.03

Tout événement négatif fait l'objet d'une déclaration obligatoire.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Secteur relationnel : Concerne la relation qui s'établit entre les professionnels et l'utilisateur et les professionnels et les proches. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.

Dimension 6 Empathie

Empathie. L'empathie est l'attitude adoptée par les professionnels dans leurs relations avec l'utilisateur et ses proches. Elle correspond à la chaleur des rapports entre les professionnels et l'utilisateur et ses proches, à la capacité des intervenants de les écouter, de les soutenir et de les rassurer. Elle dépasse la simple courtoisie des relations et implique l'aspect de relation d'aide des professionnels et les habiletés de gestion de crise.

Norme 6.1 Les relations entre les intervenants et l'utilisateur et ses proches sont empreintes de chaleur et d'humanisme

Critère 6.1.01

Les intervenants explorent avec l'utilisateur et ses proches le sens de la situation actuelle.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 6.1.02

Les intervenants démontrent une écoute active des propos de l'utilisateur et de ses proches.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts :

Critère 6.1.03

Les intervenants connaissent et utilisent des principes d'intervention en situation de crise au besoin.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 6.1.04		
Les intervenants démontrent un intérêt sincère envers l'utilisateur et ses proches.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
<u>Modifications à apporter au critère et ajouts:</u>		
Dimension 7 Respect		
<p><i>Respect.</i> Le respect touche la considération que les professionnels portent à l'utilisateur et à ses proches. Tous les éléments qui se rapportent à l'intimité physique de l'utilisateur, au maintien de sa dignité et à la confidentialité des informations qui le concernent, tant en termes d'aménagement des lieux qu'au plan relationnel, s'y rattachent. De même, le respect implique la politesse et la courtoisie dans les échanges entre les professionnels et l'utilisateur et ses proches.</p>		
Norme 7.1 L'intégrité physique et la dignité de l'utilisateur sont respectées		
Critère 7.1.01		
Le code d'éthique de l'établissement est affiché et véhicule le respect de la dignité de l'utilisateur et des proches comme valeur intrinsèque.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
<u>Modifications à apporter au critère et ajouts:</u>		
Norme 7.2 La confidentialité des renseignements relatifs à l'utilisateur est respectée		
Critère 7.2.01		
L'accès au dossier et aux autres documents confidentiels est réservé aux intervenants qui fournissent des soins à l'utilisateur.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
<u>Modifications à apporter au critère et ajouts:</u>		

Critère 7.2.02

Les informations confidentielles relatives à l'état de l'utilisateur ne sont transmises qu'aux intervenants qui ont des soins à fournir à l'utilisateur et aux proches identifiés par l'utilisateur ou qui en ont la responsabilité légale.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 7.2.03

Les rencontres interdisciplinaires sont faites dans une salle à l'abri des indiscretions

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Secteur professionnel : Touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.

Dimension 8 Fiabilité

Fiabilité. La fiabilité correspond au fait que les interventions réalisées sont faites avec compétence et de manière sécuritaire. Tous les moyens visant le maintien et la mise à jour des compétences des professionnels afin qu'ils dispensent des soins fiables se rattachent à cette dimension. Sont également inclus ici tous les aspects techniques des soins.

Norme 8.1. Des mesures pour assurer la sécurité des usagers sont en place

Critère 8.1.01

Pour le transport en urgence des usagers, un ascenseur peut être détourné de sa course et monopolisé au besoin

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.1.02

Des procédures pour assurer le transport sécuritaire de l'usager à l'extérieur de l'unité (imagerie, autre établissement) sont mises à jour régulièrement.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.1.03

Les corridors sont libres de tout matériel sauf le matériel d'urgence ou en utilisation.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.1.04

Tous les procédés de soins et protocoles relatifs aux produits et aux médicaments administrés, aux actes susceptibles d'être posés et au matériel susceptible d'être utilisé dans l'unité de soins sont a) basés sur les données probantes; b) mis à jour régulièrement, c) diffusés et d) connus des intervenants concernés. Par protocole, on entend minimalement : des procédures concernant l'insertion et le retrait des cathéters veineux centraux, incluant les cathéters à thermodilution; des procédures concernant l'alimentation parentérale; des procédures concernant l'alimentation entérale par sonde; des procédures concernant les usagers sous ventilation mécanique, incluant la prévention des pneumonies nosocomiales et un protocole de sevrage; des protocoles de sédation et d'analgésie; un protocole de soins de bouche; un protocole de soins des yeux; un protocole visant l'utilisation des contraintes physiques; un protocole de prévention, de dépistage et de gestion du délirium; un protocole de gestion de l'hyperglycémie; un protocole de détection et de gestion du sepsis; un protocole de prévention des thromboses veineuses profondes; un protocole de prévention des ulcères de stress; un protocole de prévention et de soin de plaies.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.1.05

Une procédure écrite relative à la sécurité transfusionnelle est a) basée sur des données probantes; b) mise à jour régulièrement, c) diffusée et d) connue des intervenants concernés.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.1.06

Une procédure écrite d'évacuation de l'unité/d'accueil d'un grand nombre d'utilisateurs est a) mise à jour régulièrement, b) diffusée et c) connue des intervenants concernés.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.1.07

Des simulations de situations d'urgence sont réalisées de façon régulière

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.1.08

Les intervenants respectent les recommandations en matière d'entreposage et de distribution de médicaments.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.1.09

Les intervenants respectent les recommandations en matière d'entreposage de produits dangereux.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.1.10

La présence ou l'absence d'allergies de l'utilisateur est signalée sur le dessus du dossier et notée au plan de soins interdisciplinaire.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.1.11

La nature des allergies de l'utilisateur est notée au plan de soins interdisciplinaire.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Norme 8.2 Les soins sont dispensés par du personnel compétent

Critère 8.2.01

L'établissement offre systématiquement un programme d'orientation adapté aux besoins des nouveaux intervenants en USC

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.2.02

L'établissement offre systématiquement aux intervenants de l'USC l'opportunité de maintenir à jour ses connaissances et les habiletés nécessaires.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.2.03

Les intervenants maintiennent leurs connaissances à jour dans leur champ d'expertise respectif.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.2.04

Les connaissances et les compétences des intervenants sont évaluées annuellement par les autorités compétentes.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.2.05

Des descriptions de tâches à jour sont disponibles pour chaque catégorie de personnel relevant de l'USC.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.2.06		
Des références bibliographiques pertinentes et à jour sont disponibles dans l'unité		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Norme 8.3 Les soins et les traitements requis sont dispensés de façon rigoureuse en respectant les principes reconnus de bonne pratique dans chacune des disciplines.		
Critère 8.3.01		
Les soins fournis s'accroissent rigoureusement aux procédés et protocoles en vigueur dans l'établissement		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère 8.3.02		
Les notes au dossier démontrent que l'état clinique et les besoins prioritaires de l'utilisateur sont évalués rigoureusement et de manière continue.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère 8.3.03		
Les intervenants concernés par l'état clinique de l'utilisateur sont informés au moment opportun de toute modification importante de son état.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Critère 8.3.04

Les intervenants concernés rendent visite à l'usager dans un délai raisonnable selon son état clinique.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.3.05

Les traitements requis par l'état de l'usager sont prescrits de manière continue dans les meilleurs délais.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.3.06

Les traitements requis sont initiés dans des délais raisonnables de manière continue selon l'état clinique de l'usager.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.3.07

Le résultat des soins fournis est évalué rigoureusement et le plan de traitement est rajusté en fonction des résultats obtenus chez l'usager.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère 8.3.08

Les notes au dossier des tous les intervenants sont lisibles, complètes, chronologiques et reflètent l'évolution de la condition de l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Dimension 9 Pertinence

Pertinence. La pertinence s'attarde au fait que les soins soient appropriés aux besoins de l'utilisateur. Elle touche également le fait que les soins soient proportionnels à l'état de l'utilisateur, c'est-à-dire que l'utilisateur peut en retirer des bénéfices et qu'ils ne prolongent pas indûment ses souffrances.

Norme 9.1 Les soins fournis sont congruents avec les besoins de l'utilisateur et sa condition clinique.

Critère 9.1.01

Le niveau des soins offerts à l'utilisateur est conforme à sa condition clinique (ex : l'utilisateur ne fait pas l'objet d'acharnement thérapeutique).

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Dimension 10 Responsabilisation

Responsabilisation. La responsabilisation porte sur le fait que l'utilisateur (et/ou ses proches) est responsable de ses choix et qu'il est impliqué dans les prises de décisions qui le concernent. De même, la présence des proches et leur participation aux soins sont des facteurs qui sont inclus dans la responsabilisation.

Norme 10.1 L'utilisateur et ses proches sont impliqués dans les décisions qui concernent les soins à offrir.

Critère 10.1.01

Les désirs de l'utilisateur en termes de soins à fournir sont consignés au dossier (ex : testament de vie).

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Appendice B

Liste des critères soumis aux informateurs clés usagers

Secteur organisationnel: Touche l'organisation des services, réfère à l'environnement et au contexte qui en assure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort, les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent assurer ou non la rapidité, et la continuité.

Dimension 1 Accessibilité

Accessibilité. L'accessibilité est définie comme la disponibilité de différents aspects relatifs aux unités de soins critiques. Elle inclut la présence de tout l'équipement et de l'appareillage nécessaire en plus de la possibilité pour l'utilisateur d'avoir accès à l'unité de soins critiques et aux traitements nécessaires au moment opportun. Elle inclut également l'accessibilité des proches à l'unité de soins, tout comme la disponibilité et la nature de l'information transmise à l'utilisateur et à ses proches.

Norme 1.3 Les soins et services sont dispensés au moment opportun

Critère U 1.3.01

L'appel de l'utilisateur pour obtenir de l'aide est rapidement pris en considération

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Norme 1.4 L'utilisateur et ses proches ont accès à l'information nécessaire

Critère U 1.4.01

Des documents écrits concernant la maladie de l'utilisateur sont remis et expliqués à l'utilisateur et à ses proches.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 1.4.02

Les intervenants expliquent clairement à l'utilisateur et ses proches la nature et le but des soins fournis, des équipements utilisés, des traitements et des examens faits.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 1.4.03

Les intervenants utilisent un langage écrit et parlé facile à comprendre pour l'utilisateur et ses proches.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 1.4.04

Les intervenants disent la vérité sur l'état de santé de l'utilisateur et ne cachent rien à l'utilisateur et à ses proches.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 1.4.05

Les intervenants vérifient systématiquement que l'information transmise à l'utilisateur et à ses proches a été bien comprise.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 1.4.06

L'utilisateur et ses proches savent quels intervenants sont responsables des soins et à qui poser des questions.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 1.4.07

Les intervenants répondent aux questions de l'utilisateur et de ses proches dans les meilleurs délais

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 1.4.08

Les intervenants informent et préparent l'utilisateur et ses proches au transfert dans une autre unité de soins

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Dimension 2 Confort

Confort. Le confort porte sur le fait que l'environnement physique est agréable, propre et favorise le repos

Norme 2.1 Le confort de l'utilisateur et de ses proches est pris en considération

Critère U 2.1.01

L'unité de soins est suffisamment calme pour permettre le repos de l'utilisateur

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 2.1.02

L'utilisateur est installé dans une position confortable qui lui permet de se reposer.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 2.1.03		
Des moyens autres que des médicaments comme de la musique avec des écouteurs, un massage, etc. sont offerts à l'utilisateur afin de faciliter son repos.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère U 2.1.04		
La température de l'USC est adéquate (ni trop chaude, ni trop froide).		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Dimension 3 Continuité		
<i>Continuité.</i> La continuité fait état d'une absence de rupture dans les services à l'utilisateur. Elle inclut tous les aspects des relations interprofessionnelles qui mènent à des soins continus, tant au plan des outils que des aspects interpersonnels qui permettent la collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins.		
Norme 3.1 Les soins fournis à l'utilisateur et à ses proches sont ininterrompus		
Critère U 3.1.01		
Les intervenants connaissent bien la situation de l'utilisateur		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère U 3.1.02		
Les informations que les intervenants transmettent à l'utilisateur et à ses proches sont uniformes		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Secteur téléologique : Fait référence aux effets intermédiaires et globaux des soins de santé en termes d'amélioration de l'état de santé, de confort et de satisfaction de la personne. Fait également référence au rapport coûts/bénéfices

Dimension 4 Efficacité

Efficacité. L'efficacité touche les résultats des soins en termes d'amélioration de l'état de santé, de contrôle de la douleur et des autres symptômes et de satisfaction de l'utilisateur et de ses proches

Norme 4.1 Les soins fournis apportent les effets escomptés

Critère U 4.1.01

Les soins reçus par l'utilisateur ont amélioré son état ou soulagé ses symptômes

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 4.1.02

L'utilisateur et ses proches sont satisfaits des soins reçus

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Dimension 5 Efficience

Efficience. L'efficience clinique se rapporte ici à l'absence d'événements négatifs. Ce sont les erreurs de médicaments, les chutes, les infections nosocomiales, les plaies de pression et les réadmissions à l'unité des soins critiques dans les 24 heures suivant le transfert.

Norme 5.1 Les soins fournis sont exempts d'événements négatifs

Critère U 5.1.01

Les intervenants se lavent les mains avant et après avoir donné des soins à l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Secteur relationnel : Concerne la relation qui s'établit entre les professionnels et l'utilisateur et les professionnels et les proches. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.

Dimension 6 Empathie

Empathie. L'empathie est l'attitude adoptée par les professionnels dans leurs relations avec l'utilisateur et ses proches. Elle correspond à la chaleur des rapports entre les professionnels et l'utilisateur et ses proches, à la capacité des intervenants de les écouter, de les soutenir et de les rassurer. Elle dépasse la simple courtoisie des relations et implique l'aspect de relation d'aide des professionnels et les habiletés de gestion de crise.

Norme 6.1 Les relations entre les intervenants et l'utilisateur et ses proches sont empreintes de chaleur et d'humanisme

Critère U 6.1.01

L'utilisateur et ses proches peuvent exprimer leurs sentiments et leurs craintes aux intervenants, même la peur de la mort.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 6.1.02

L'utilisateur et ses proches se sentent écoutés et compris par les intervenants.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 6.1.03

L'utilisateur et ses proches ne se sentent pas jugés par les intervenants.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 6.1.04		
L'utilisateur et ses proches se sentent rassurés et soutenus par les paroles des intervenants.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère U 6.1.05		
L'utilisateur ne se sent pas seul.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Dimension 7 Respect		
<p><i>Respect.</i> Le respect touche la considération que les professionnels portent à l'utilisateur et à ses proches. Tous les éléments qui se rapportent à l'intimité physique de l'utilisateur, au maintien de sa dignité et à la confidentialité des informations qui le concernent, tant en termes d'aménagement des lieux qu'au plan relationnel, s'y rattachent. De même, le respect implique la politesse et la courtoisie dans les échanges entre les professionnels et l'utilisateur et ses proches.</p>		
Norme 7.1 L'intégrité physique et la dignité de l'utilisateur sont respectées		
Critère U 7.1.01		
Les intervenants parlent à l'utilisateur et à ses proches avec courtoisie.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Critère U 7.1.02

Les intervenants appellent l'utilisateur par son nom et le vouvoie ou le tutoie selon son choix.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 7.1.03

Les intervenants ferment systématiquement les rideaux (ou les portes de la chambre) lorsqu'ils prodiguent des soins à l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 7.1.04

Les intervenants demandent la permission d'entrer dans la chambre de l'utilisateur lorsque les rideaux sont tirés ou la porte fermée.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 7.1.05

Les intervenants maintiennent le mieux possible l'intimité de l'utilisateur pendant qu'ils lui donnent des soins.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 7.1.06		
L'utilisateur et ses proches se sentent respectés comme personne par les intervenants		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Norme 7.2 La confidentialité des renseignements relatifs à l'utilisateur est respectée		
Critère U 7.2.01		
L'utilisateur et ses proches n'entendent pas d'indiscrétion de la part des intervenants au sujet de l'état de l'utilisateur.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère U 7.2.02		
L'utilisateur et ses proches n'entendent pas d'indiscrétion de la part des intervenants au sujet de l'état des autres usagers de l'USC.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Secteur professionnel : Touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.		
Dimension 8 Fiabilité		
<i>Fiabilité.</i> La fiabilité correspond au fait que les interventions réalisées sont faites avec compétence et de manière sécuritaire. Tous les moyens visant le maintien et la mise à jour des compétences des professionnels afin qu'ils dispensent des soins fiables se rattachent à cette dimension. Sont également inclus ici tous les aspects techniques des soins.		

Norme 8.2 Les soins sont dispensés par du personnel compétent		
Critère U 8.2.01		
Les usagers et les proches perçoivent les intervenants comme étant compétents.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère U 8.2.02		
Les usagers et les proches perçoivent les intervenants comme étant dignes de confiance.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Dimension 10 Responsabilisation		
<i>Responsabilisation.</i> La responsabilisation porte sur le fait que l'utilisateur (et/ou ses proches) est responsable de ses choix et qu'il est impliqué dans les prises de décisions qui le concernent. De même, la présence des proches et leur participation aux soins sont des facteurs qui sont inclus dans la responsabilisation.		
Norme 10.1 L'utilisateur et ses proches sont impliqués dans les décisions qui concernent les soins à offrir.		
Critère U 10.1.01		
Les intervenants discutent avec l'utilisateur et ses proches des préférences de ce dernier et de ses choix en termes de soins à recevoir.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Critère U 10.1.02

Les intervenants demandent à l'utilisateur et à ses proches jusqu'où il faut aller si l'état de l'utilisateur se détériore.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 10.1.03

L'utilisateur et ses proches se sentent respectés dans leurs choix.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Norme 10.2 L'implication de l'utilisateur et de ses proches dans les soins est favorisée

Critère U 10.2.01

L'utilisateur et ses proches participent aux soins dans la mesure de leurs capacités.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 10.2.02

L'utilisateur peut voir ses proches autant qu'il le désire.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère U 10.2.03

L'utilisateur se sent soutenu par ses proches.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Appendice C

Liste des critères soumis aux informateurs clés proches

Secteur organisationnel: Touche l'organisation des services, réfère à l'environnement et au contexte qui en assure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort, les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent assurer ou non la rapidité, et la continuité.

Dimension 1 Accessibilité

Accessibilité. L'accessibilité est définie comme la disponibilité de différents aspects relatifs aux unités de soins critiques. Elle inclut la présence de tout l'équipement et de l'appareillage nécessaire en plus de la possibilité pour l'utilisateur d'avoir accès à l'unité de soins critiques et aux traitements nécessaires au moment opportun. Elle inclut également l'accessibilité des proches à l'unité de soins, tout comme la disponibilité et la nature de l'information transmise à l'utilisateur et à ses proches.

Norme 1.1 L'utilisateur dont l'état le requiert est admis sans délai à l'USC.

Critère P 1.1.01

L'utilisateur est admis ou transféré à l'USC dès que son état le nécessite.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Norme 1.4 L'utilisateur et ses proches ont accès à l'information nécessaire

Critère P 1.4.01

Dans l'heure qui suit l'admission de l'utilisateur à l'USC, un intervenant rencontre les proches pour les informer de l'état de l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.02

Les proches connaissent le pronostic de l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.03

Un guide d'accueil est remis et expliqué aux proches.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.04

Des documents écrits concernant la maladie de l'utilisateur sont remis et expliqués à l'utilisateur et à ses proches.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.05

Les intervenants expliquent clairement à l'utilisateur et ses proches la nature et le but des soins fournis, des équipements utilisés, des traitements et des examens faits.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.06

Les intervenants utilisent un langage écrit et parlé facile à comprendre pour l'utilisateur et ses proches.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.07		
Les intervenants disent la vérité sur l'état de santé de l'utilisateur et ne cachent rien à l'utilisateur et à ses proches.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 1.4.08		
Les intervenants vérifient systématiquement que l'information transmise à l'utilisateur et à ses proches a été bien comprise.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 1.4.09		
L'utilisateur et ses proches savent quels intervenants sont responsables des soins et à qui poser des questions.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 1.4.10		
Les intervenants répondent aux questions de l'utilisateur et de ses proches dans les meilleurs délais		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Critère P 1.4.11

Des informations sur les services de soutien internes et externes sont fournies aux proches au besoin (psychologue, chambres, etc).

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.12

Les proches connaissent le fonctionnement de l'unité.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.13

Les proches savent ce qu'ils peuvent faire lorsqu'ils rendent visite à l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.14

L'horaire de visites convient aux proches.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.15

Les proches sont informés rapidement de tout changement significatif dans l'état de l'utilisateur par les intervenants.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.16

Une rencontre d'information quotidienne est prévue entre les proches et des membres de l'équipe responsable des soins de l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.17

Les intervenants informent et préparent l'utilisateur et ses proches au transfert dans une autre unité de soins

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 1.4.18

Les proches connaissent la procédure à utiliser pour formuler une plainte.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Dimension 2 Confort		
<i>Confort.</i> Le confort porte sur le fait que l'environnement physique est agréable, propre et favorise le repos		
Norme 2.1 Le confort de l'utilisateur et de ses proches est pris en considération		
Critère P 2.1.01		
La salle d'accueil réservée aux proches est propre et dotée d'un équipement favorisant le repos (fauteuils, douche, téléviseur, lecture, machines distributrices, etc.).		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Dimension 3 Continuité		
<i>Continuité.</i> La continuité fait état d'une absence de rupture dans les services à l'utilisateur. Elle inclut tous les aspects des relations interprofessionnelles qui mènent à des soins continus, tant au plan des outils que des aspects interpersonnels qui permettent la collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins.		
Norme 3.1 Les soins fournis à l'utilisateur et à ses proches sont ininterrompus		
Critère P 3.1.01		
Les intervenants connaissent bien la situation de l'utilisateur		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 3.1.02		
Les informations que les intervenants transmettent à l'utilisateur et à ses proches sont uniformes		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Secteur téléologique : Fait référence aux effets intermédiaires et globaux des soins de santé en termes d'amélioration de l'état de santé, de confort et de satisfaction de la personne. Fait également référence au rapport coûts/bénéfices.

Dimension 4 Efficacité

Efficacité. L'efficacité touche les résultats des soins en termes d'amélioration de l'état de santé, de contrôle de la douleur et des autres symptômes et de satisfaction de l'utilisateur et de ses proches.

Norme 4.1 Les soins fournis apportent les effets escomptés.

Critère P 4.1.01

Les soins reçus par l'utilisateur ont amélioré son état ou soulagé ses symptômes.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 4.1.02

L'utilisateur et ses proches sont satisfaits des soins reçus.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Dimension 5 Efficience

Efficience. L'efficience clinique se rapporte ici à l'absence d'événements négatifs. Ce sont les erreurs de médicaments, les chutes, les infections nosocomiales, les plaies de pression et les réadmissions à l'unité des soins critiques dans les 24 heures suivant le transfert.

Norme 5.1 Les soins fournis sont exempts d'événements négatifs

Critère P 5.1.01

Les proches savent quoi faire pour ne pas transmettre d'infection à l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Secteur relationnel : Concerne la relation qui s'établit entre les professionnels et l'utilisateur et les professionnels et les proches. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.

Dimension 6 Empathie

Empathie. L'empathie est l'attitude adoptée par les professionnels dans leurs relations avec l'utilisateur et ses proches. Elle correspond à la chaleur des rapports entre les professionnels et l'utilisateur et ses proches, à la capacité des intervenants de les écouter, de les soutenir et de les rassurer. Elle dépasse la simple courtoisie des relations et implique l'aspect de relation d'aide des professionnels et les habiletés de gestion de crise.

Norme 6.1 Les relations entre les intervenants et l'utilisateur et ses proches sont empreintes de chaleur et d'humanisme

Critère P 6.1.01

L'utilisateur et ses proches peuvent exprimer leurs sentiments et leurs craintes aux intervenants, même la peur de la mort.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 6.1.02

L'utilisateur et ses proches se sentent écoutés et compris par les intervenants.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 6.1.03

L'utilisateur et ses proches ne se sentent pas jugés par les intervenants.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 6.1.04		
L'utilisateur et ses proches se sentent rassurés et soutenus par les paroles des intervenants.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 6.1.05		
Les proches savent qu'ils ont le droit de pleurer.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Dimension 7 Respect		
<p><i>Respect.</i> Le respect touche la considération que les professionnels portent à l'utilisateur et à ses proches. Tous les éléments qui se rapportent à l'intimité physique de l'utilisateur, au maintien de sa dignité et à la confidentialité des informations qui le concernent, tant en termes d'aménagement des lieux qu'au plan relationnel, s'y rattachent. De même, le respect implique la politesse et la courtoisie dans les échanges entre les professionnels et l'utilisateur et ses proches.</p>		
Norme 7.1 L'intégrité physique et la dignité de l'utilisateur sont respectées		
Critère P 7.1.01		
Les intervenants parlent à l'utilisateur et à ses proches avec courtoisie.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Critère P 7.1.02		
L'utilisateur et ses proches se sentent respectés comme personne par les intervenants		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Norme 7.2 La confidentialité des renseignements relatifs à l'utilisateur est respectée		
Critère P 7.2.01		
L'utilisateur et ses proches n'entendent pas d'indiscrétion de la part des intervenants au sujet de l'état de l'utilisateur.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 7.2.02		
L'utilisateur et ses proches n'entendent pas d'indiscrétion de la part des intervenants au sujet de l'état des autres usagers de l'USC.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 7.2.03		
Lorsqu'on transmet de l'information aux proches concernant l'état l'utilisateur, c'est dans une salle retirée dont la porte est fermée.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Secteur professionnel : Touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.

Dimension 8 Fiabilité

Fiabilité. La fiabilité correspond au fait que les interventions réalisées sont faites avec compétence et de manière sécuritaire. Tous les moyens visant le maintien et la mise à jour des compétences des professionnels afin qu'ils dispensent des soins fiables se rattachent à cette dimension. Sont également inclus ici tous les aspects techniques des soins.

Norme 8.2 Les soins sont dispensés par du personnel compétent

Critère P 8.2.01

Les usagers et les proches perçoivent les intervenants comme étant compétents.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 8.2.02

Les usagers et les proches perçoivent les intervenants comme étant dignes de confiance.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Dimension 9 Pertinence

Pertinence. La pertinence s'attarde au fait que les soins soient appropriés aux besoins de l'utilisateur. Elle touche également le fait que les soins soient proportionnels à l'état de l'utilisateur, c'est-à-dire que l'utilisateur peut en retirer des bénéfices et qu'ils ne prolongent pas indûment ses souffrances.

Norme 9.1 Les soins fournis sont congruents avec les besoins de l'utilisateur et sa condition clinique

Critère P 9.1.01

Les proches estiment que l'utilisateur n'a reçu que les soins appropriés à son état clinique.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Dimension 10 Responsabilisation		
<i>Responsabilisation.</i> La responsabilisation porte sur le fait que l'utilisateur (et/ou ses proches) est responsable de ses choix et qu'il est impliqué dans les prises de décisions qui le concernent. De même, la présence des proches et leur participation aux soins sont des facteurs qui sont inclus dans la responsabilisation.		
Norme 10.1 L'utilisateur et ses proches sont impliqués dans les décisions qui concernent les soins à offrir.		
Critère P 10.1.01		
Les intervenants discutent avec l'utilisateur et ses proches des préférences de ce dernier et de ses choix en termes de soins à recevoir.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 10.1.02		
Les intervenants demandent à l'utilisateur et à ses proches jusqu'où il faut aller si l'état de l'utilisateur se détériore.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 10.1.03		
L'utilisateur et ses proches se sentent respectés dans leurs choix.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Norme 10.2 L'implication de l'utilisateur et de ses proches dans les soins est favorisée		
Critère P 10.2.01		
L'utilisateur et ses proches participent aux soins dans la mesure de leurs capacités.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts :		
Critère P 10.2.02		
Les intervenants demandent le consentement de l'utilisateur ou de ses proches avant d'initier toute procédure qui le requiert, sauf en situation d'urgence.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 10.2.03		
Les proches peuvent demeurer près de l'utilisateur selon ses besoins et son état.		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		
Critère P 10.2.04		
Lorsque l'état de l'utilisateur se détériore, les intervenants valident auprès des proches leur désir de rester avec lui pendant qu'ils dispensent des soins complexes (installation d'appareillage, réanimation, constat de décès neurologique, etc).		
Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible
Modifications à apporter au critère et ajouts:		

Critère P 10.2.05

Les intervenants demandent aux proches de les aider à comprendre ce que veut l'utilisateur quand il a de la difficulté à s'exprimer.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Critère P 10.2.06

Les proches se sentent utiles dans les soins de l'utilisateur.

Importance	Pertinence	Clarté
<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très clair
<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Clair
<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Ambigu
<input type="checkbox"/> Pas important	<input type="checkbox"/> Pas pertinent	<input type="checkbox"/> Incompréhensible

Modifications à apporter au critère et ajouts:

Appendice D

Liste des critères communs usagers et proches

Secteur organisationnel: Touche l'organisation des services, réfère à l'environnement et au contexte qui en assure la prestation. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort, les services peuvent être plus ou moins accessibles et les systèmes, les politiques et les procédures peuvent assurer ou non la rapidité, et la continuité.

Dimension 1 Accessibilité

Accessibilité. L'accessibilité est définie comme la disponibilité de différents aspects relatifs aux unités de soins critiques. Elle inclut la présence de tout l'équipement et de l'appareillage nécessaire en plus de la possibilité pour l'utilisateur d'avoir accès à l'unité de soins critiques et aux traitements nécessaires au moment opportun. Elle inclut également l'accessibilité des proches à l'unité de soins, tout comme la disponibilité et la nature de l'information transmise à l'utilisateur et à ses proches.

Norme 1.4 L'utilisateur et ses proches ont accès à l'information nécessaire.

Des documents écrits concernant la maladie de l'utilisateur sont remis et expliqués à l'utilisateur et à ses proches.

Les intervenants expliquent clairement à l'utilisateur et ses proches la nature et le but des soins fournis, des équipements utilisés, des traitements et des examens faits.

Les intervenants utilisent un langage écrit et parlé facile à comprendre pour l'utilisateur et ses proches.

Les intervenants disent la vérité sur l'état de santé de l'utilisateur et ne cachent rien à l'utilisateur et à ses proches.

Les intervenants vérifient systématiquement que l'information transmise à l'utilisateur et à ses proches a été bien comprise.

L'utilisateur et ses proches savent quels intervenants sont responsables des soins et à qui poser des questions.

Les intervenants répondent aux questions de l'utilisateur et de ses proches dans les meilleurs délais

Les intervenants informent et préparent l'utilisateur et ses proches au transfert dans une autre unité de soins

Dimension 3 Continuité

Continuité. La continuité fait état d'une absence de rupture dans les services à l'utilisateur. Elle inclut tous les aspects des relations interprofessionnelles qui mènent à des soins continus, tant au plan des outils que des aspects interpersonnels qui permettent la collaboration interprofessionnelle et la coordination des soins.

Norme 3.1 Les soins fournis à l'utilisateur et à ses proches sont ininterrompus

Les intervenants connaissent bien la situation de l'utilisateur

Les informations que les intervenants transmettent à l'utilisateur et à ses proches sont uniformes

Secteur téléologique : Fait référence aux effets intermédiaires et globaux des soins de santé en termes d'amélioration de l'état de santé, de confort et de satisfaction de la personne. Fait également référence au rapport coûts/bénéfices.
Dimension 4 Efficacité
<i>Efficacité.</i> L'efficacité touche les résultats des soins en termes d'amélioration de l'état de santé, de contrôle de la douleur et des autres symptômes et de satisfaction de l'utilisateur et de ses proches.
Norme 4.1 Les soins fournis apportent les effets escomptés.
Les soins reçus par l'utilisateur ont amélioré son état ou soulagé ses symptômes.
L'utilisateur et ses proches sont satisfaits des soins reçus.
Secteur relationnel : Concerne la relation qui s'établit entre le personnel et l'utilisateur. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits.
Dimension 6 Empathie
<i>Empathie.</i> L'empathie est l'attitude adoptée par les professionnels dans leurs relations avec l'utilisateur et ses proches. Elle correspond à la chaleur des rapports entre les professionnels et l'utilisateur et ses proches, à la capacité des intervenants de les écouter, de les soutenir et de les rassurer. Elle dépasse la simple courtoisie des relations et implique l'aspect de relation d'aide des professionnels et les habiletés de gestion de crise.
Norme 6.1 Les relations entre les intervenants et l'utilisateur et ses proches sont empreintes de chaleur et d'humanisme
L'utilisateur et ses proches peuvent exprimer leurs sentiments et leurs craintes aux intervenants, même la peur de la mort.
L'utilisateur et ses proches se sentent écoutés et compris par les intervenants.
L'utilisateur et ses proches ne se sentent pas jugés par les intervenants.
L'utilisateur et ses proches se sentent rassurés et soutenus par les paroles des intervenants.
Dimension 7 Respect
<i>Respect.</i> Le respect touche la considération que les professionnels portent à l'utilisateur et à ses proches. Tous les éléments qui se rapportent à l'intimité physique de l'utilisateur, au maintien de sa dignité et à la confidentialité des informations qui le concernent, tant en termes d'aménagement des lieux qu'au plan relationnel, s'y rattachent. De même, le respect implique la politesse et la courtoisie dans les échanges entre les professionnels et l'utilisateur et ses proches.
Norme 7.1 L'intégrité physique et la dignité de l'utilisateur sont respectées
Les intervenants parlent à l'utilisateur et à ses proches avec courtoisie.
L'utilisateur et ses proches se sentent respectés comme personne par les intervenants
Norme 7.2 La confidentialité des renseignements relatifs à l'utilisateur est respectée
L'utilisateur et ses proches n'entendent pas d'indiscrétion de la part des intervenants au sujet de l'état de l'utilisateur.
L'utilisateur et ses proches n'entendent pas d'indiscrétion de la part des intervenants au sujet de l'état des autres usagers de l'USC.

Secteur professionnel : Touche la prestation des services sous l'angle professionnel, fait référence à une profession, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par des attitudes, de soins, des services et des conseils appropriés.

Dimension 8 Fiabilité

Fiabilité. La fiabilité correspond au fait que les interventions réalisées sont faites avec compétence et de manière sécuritaire. Tous les moyens visant le maintien et la mise à jour des compétences des professionnels afin qu'ils dispensent des soins fiables se rattachent à cette dimension. Sont également inclus ici tous les aspects techniques des soins.

Norme 8.2 Les soins sont dispensés par du personnel compétent

Les usagers et les proches perçoivent les intervenants comme étant compétents.

Les usagers et les proches perçoivent les intervenants comme étant dignes de confiance.

Dimension 10 Responsabilisation

Responsabilisation. La responsabilisation porte sur le fait que l'utilisateur et/ou ses proches est responsable de ses choix et qu'il est impliqué dans les prises de décisions qui le concernent. De même, la présence des proches et leur participation aux soins sont des facteurs qui sont inclus dans la responsabilisation.

Norme 10.1 L'utilisateur et ses proches sont impliqués dans les décisions qui concernent les soins à offrir.

Les intervenants discutent avec l'utilisateur et ses proches des préférences de ce dernier et de ses choix en termes de soins à recevoir.

Les intervenants demandent à l'utilisateur et à ses proches jusqu'où il faut aller si l'état de l'utilisateur se détériore.

L'utilisateur et ses proches se sentent respectés dans leurs choix.

Norme 10.2 L'implication de l'utilisateur et de ses proches dans les soins est favorisée

L'utilisateur et ses proches participent aux soins dans la mesure de leurs capacités.

Appendice E

Lettre de sollicitation des informateurs clés professionnels

Bonjour,

Mon nom est Suzanne Aucoin et je suis étudiante au Doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Dans le cadre de mes études, je fais une recherche qui porte sur l'élaboration et la validation de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle. Je sollicite votre collaboration à titre de (titre du professionnel) d'expérience œuvrant en soins critiques depuis au moins cinq ans afin de valider des critères qui sont susceptibles de représenter ce qu'est la qualité des soins critiques.

Il ne s'agit pas de critères cliniques ou techniques, mais bien d'énoncés qui portent sur diverses dimensions de la qualité sur lesquelles tous les professionnels sont interpellés. Par exemple, des critères ont trait à l'accessibilité, au respect, à l'interdisciplinarité et à l'efficacité et se veulent représentatifs d'éléments qui pourraient par la suite concrétiser la mesure de la qualité des soins critiques. Le regard de professionnels d'expérience sur ces critères est essentiel et contribuera à les valider, d'une part et à les enrichir, d'autre part, puisque vous pourrez également faire toutes les propositions que vous jugerez utiles afin de les soumettre à la validation par la suite. Ce travail devrait prendre entre deux et trois heures de votre temps lors de la première validation et beaucoup moins lors des validations subséquentes (maximum deux autres validations).

Votre contribution à cette recherche est tout à fait volontaire. Toutes les données recueillies sont tout à fait confidentielles et vous ne pourrez être reconnu en aucun temps. Seuls les chercheurs auront accès à vos coordonnées et à vos réponses et ils ont signé un engagement à la confidentialité. De plus, ce projet a reçu l'autorisation des comités scientifique et éthique du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi et des comités d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, du CHUQ, de l'hôpital Laval et de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Votre participation serait grandement appréciée mais demeure tout à fait volontaire. Si vous êtes intéressé à participer, vous pouvez me contacter afin que je vous explique en quoi consiste la recherche en détails. Voici mes coordonnées : (418) 545-5011 (5304), téléavertisseur : [REDACTED] ou par courriel : [REDACTED] Vous pouvez aussi contacter M. Raymond Grenier, Directeur de recherche, au poste téléphonique (514) 343-7919 ou par courriel [REDACTED] Vous pourrez alors décider librement de participer ou refuser de le faire.

Merci à l'avance!

Suzanne Aucoin, infirmière,
Candidate au Doctorat en Sciences infirmières

Appendice F

Lettre de remerciement aux professionnels et guide explicatif

Saguenay, le 10 novembre 2006

Objet : Recherche *Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle*

Madame, Monsieur,

Je tiens tout d'abord à vous remercier sincèrement d'accepter de participer à ce projet de recherche en tant qu'expert en soins critiques afin de valider des critères de qualité des soins critiques issus d'une recension des écrits pertinents.

Vous pouvez utiliser une version électronique ou papier pour répondre, selon votre choix. La version électronique peut être acheminée directement par courriel et la version papier par courrier. Je vous invite à lire attentivement les consignes et tous les énoncés et à vous prononcer sur chacun d'eux. Vous pouvez aussi faire toutes les suggestions que vous jugerez pertinentes.

Trois listes de critères représentent maintenant le construit de qualité des soins critiques. Une liste a été constituée à votre intention, à titre d'experts professionnels, une seconde est à valider par un groupe d'utilisateurs et une troisième par des proches. Vous ne devez valider que celle intitulée **PROFESSIONNELS**. Les deux autres listes vous sont fournies à titre indicatif, car les critères à valider sont complémentaires. Ainsi, si vous avez envie de suggérer un nouveau critère, vous pourrez vérifier s'il n'est pas dans la grille de validation des utilisateurs ou des proches, sous la même dimension.

Cette recherche se déroule sous la direction de M. Raymond Grenier, PhD, professeur et chercheur à l'Université de Montréal et spécialiste en mesure et évaluation. Elle a également reçu l'aval des comités scientifique et éthique du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, et des comités d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Chicoutimi, du CHUQ et de l'hôpital Laval.

N'hésitez pas à communiquer avec moi au besoin par téléphone : (418) 545-5011 poste 5304, par téléavertisseur : [REDACTED] ou par courriel : [REDACTED]
Vous pouvez aussi contacter M. Raymond Grenier, Directeur de recherche, au poste téléphonique (514) 343-7919 ou par courriel [REDACTED]

Recevez, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées,

Suzanne Aucoin, inf.,
Candidate au Doctorat en sciences infirmières.

CONSIGNES À L'INTENTION DE L'INFORMATEUR CLÉ

Les lignes qui suivent visent à vous fournir toute l'information nécessaire afin de mener à bien la tâche que vous avez aimablement accepté d'assumer. Cette étude a pour but de valider des critères de qualité des soins critiques en utilisant une approche différente, c'est-à-dire en examinant, en plus des soins techniques, d'autres aspects qu'une recension des écrits pertinents a fait ressortir. De plus, cette recherche tient compte d'une vision complémentaire entre les professionnels qui travaillent dans les unités de soins critiques, tout en incluant le point de vue de l'utilisateur et de ses proches pour les aspects sur lesquels ils sont en mesure de se prononcer.

À cette fin, trois groupes de quinze informateurs clés ont été formés, un groupe de professionnels membres des équipes de soins critiques, un groupe d'utilisateurs ayant séjourné dans une unité de soins critiques et un groupe de proches de ces derniers. Chaque informateur clé se prononce sur une série de critères regroupés selon son propre groupe d'appartenance. Toutefois, plusieurs critères sont communs à la liste des utilisateurs et des proches mais aucun de ces critères ne se retrouve dans la liste à examiner par les professionnels. Afin de faciliter votre travail, quelques termes doivent par ailleurs être définis.

Définition des termes

Unités de soins critiques :

Les soins critiques sont des unités qui regroupent des utilisateurs qui nécessitent une surveillance étroite ou une intensité de soins plus grande, qui sont instables au plan physiologique, présentent des risques d'atteinte à l'intégrité de leur vie et pour lesquels un minimum d'espoir est permis (Brilli et al., 2001; Fairman & Lynaugh, 1998). Au plan opérationnel, les termes unités de soins critiques s'adressent ici à toute unité de soins intensifs accueillant une clientèle adulte, à vocation médicale, chirurgicale ou polyvalente, à l'exclusion des salles de réveil

et des services d'urgence, compte tenu des particularités de ces types d'unités. Elles seront désormais inscrites USC, afin d'alléger le texte.

Qualité des soins critiques

La qualité des soins critiques consiste à fournir au moment opportun, à une personne dont l'intégrité de la vie est menacée et à ses proches, des soins compétents aux plans technique, relationnel et éthique, dans un environnement optimal, avec les meilleurs résultats possibles en matière d'amélioration de l'état de santé ou de confort et au regard de la satisfaction de l'utilisateur et de ses proches, et de l'efficacité du système de soins.

Dimensions du construit de qualité des soins critiques

Les dimensions du construit de soins critiques sont les éléments que la recension des écrits a permis de dégager comme étant constitutifs de ce dernier. Ce sont : le respect, l'empathie, la fiabilité, la responsabilisation, la pertinence, l'accessibilité, la continuité, le confort, l'efficacité et l'efficacité.

Usager

Personne adulte ayant séjourné dans une unité de soins critiques pendant plus de vingt-quatre heures.

Proche

Toute personne, liée ou non par le sang, qui a un intérêt certain pour le bien-être de l'utilisateur et que ce dernier considère comme significative à ses yeux.

Professionnel

Intervenant spécialisé formé pour intervenir auprès d'un usager de soins critiques et de ses proches, soit médecin (généraliste, spécialiste ou intensiviste), infirmière, pharmacien, inhalothérapeute et physiothérapeute.

Gestionnaire

Infirmière dont la responsabilité principale est d'assurer la gestion de l'unité de soins critiques.

Critères de qualité des soins critiques

Plusieurs personnes utilisent aussi le terme indicateur. Un critère est un point de repère qui permet d'apprécier un phénomène qui est non quantifiable (Saucier & Brunelle, 1995). Les critères de qualité des soins critiques représentent diverses facettes de celle-ci et sont des éléments qui, lorsqu'on les regarde dans leur ensemble, en fournissent une image globale.

Clarté

Qualité de ce qui est sans ambiguïté et facile à comprendre (Office québécois de la langue française, 2006). Réfère à la précision du critère et au vocabulaire utilisé dans l'énoncé du critère.

Importance

Caractéristique de ce qui est de conséquence (Office québécois de la langue française, 2006). Niveau de concordance que l'informateur clé accorde entre la priorité de la présence du critère et la mesure de la qualité des soins critiques.

Pertinence

Caractère de ce qui est plus ou moins approprié, qui s'inscrit dans la ligne de l'objectif poursuivi (Office québécois de la langue française, 2006). Niveau de concordance entre la présence du critère et la dimension de la qualité des soins critiques qu'il représente.

Déroulement de l'étude

Cette étude se déroule en deux temps principaux. Tout d'abord, une revue exhaustive des écrits a été faite afin de définir ce qu'est la qualité des soins critiques, de dégager les dimensions qui la représentent le mieux et de rédiger une liste des normes et des critères. De cette liste, certains critères seront validés par des professionnels alors que d'autres seront validés par des usagers et des proches. Les critères validés par les professionnels leur sont exclusifs alors que la liste soumise aux usagers et aux proches contient un nombre de critères exclusifs à chaque groupe et une liste de critères qui leurs sont communs.

La seconde étape consiste en cette validation et c'est ce travail que vous aurez à accomplir. Dans un premier temps, vous devrez vous prononcer en termes de clarté, d'Importance et de pertinence des critères soumis comme étant représentatifs de la qualité des soins critiques et vous pourrez également soumettre toute modification ou tout autre critère que vous jugerez pertinent. Par la suite, les résultats seront compilés et analysés et, dans un second temps, les items validés seront retenus alors que les items pour lesquels vous aurez fait des suggestions vous seront retournés pour fins de validation. Une troisième ronde de validation sera également possible, tout dépendant des résultats obtenus. Les étapes de validation se dérouleront toutes de la même manière.

Grille de validation

La grille de validation que vous avez à remplir est constituée de diverses sections. Si vous utilisez la version électronique, vous n'avez qu'à pointer la case qui correspond à votre évaluation et vous pouvez inscrire vos commentaires ou ajouter des critères dans l'espace à cet effet, sous chaque critère. La version électronique permet d'ajouter autant de commentaires que vous le désirez sous le critère correspondant. Vous pouvez également modifier votre choix en cliquant simplement sur une autre case de la même colonne. De plus, des feuilles pour les ajouts qui n'auraient pu être intégrés à la

grille, les remarques et les commentaires sont disponibles à la fin du document. Si vous ajoutez un critère, spécifiez bien à quelle dimension vous le rattachez.

Considérations éthiques

Si vous ne l'avez pas déjà signé, deux copies du formulaire d'information et de consentement vous ont été acheminées il y a quelques jours par la poste (informateurs clés professionnels seulement) avec une enveloppe de retour préaffranchie. N'oubliez pas de les signer et d'en conserver une copie et de retourner l'autre exemplaire dans l'enveloppe à cette fin, accompagnée de la copie papier de votre grille de validation si vous optez pour cette façon de la remplir.

Échéancier (informateurs clés professionnels seulement)

Un délai de deux semaines à partir de la date de réception afin de retourner la grille complétée serait grandement apprécié. Pour retourner le formulaire électronique, vous n'avez qu'à cliquer sur l'icône à cette fin. Il sera retourné à l'expéditeur de manière automatique.

Si vous avez besoin d'information supplémentaire, n'hésitez pas à communiquer avec moi par téléphone : (418) 545-5011 poste 5304, par téléavertisseur : (418) 592-2262 ou par courriel : suzanne_aucoin@uqac.ca. Vous pouvez aussi contacter M. Raymond Grenier, Directeur de recherche, au poste téléphonique (514) 343-7919 ou par courriel raymond.grenier@umontreal.ca. Une copie des critères validés vous sera remise à la fin de l'étude si vous le désirez.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ce travail.

Suzanne Aucoin, inf,
Candidate au Doctorat en sciences infirmières,
Professeure au module des sciences infirmières et de la santé,
Université du Québec à Chicoutimi,
555, boul. de l'Université,
Saguenay (Qué.)
G7H-2B1

Appendice G

Lettre de recrutement aux informateurs clés non professionnels

PARTICIPANTS RECHERCHÉS

Bonjour Madame, Monsieur,

Mon nom est Dominic Boudreau et je suis infirmier-chef à l'unité des soins intensifs généraux du CSSS de Chicoutimi, où vous avez été hospitalisé ces derniers mois. Une infirmière étudiante au Doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal, Madame Suzanne Aucoin, procède, dans le cadre de ses études, à une recherche qui porte sur la validation de critères de qualité des soins dans les unités de soins intensifs. Les résultats de cette étude pourraient s'avérer très utiles dans notre travail.

Elle est à la recherche de **15 patients qui ont séjourné aux soins intensifs généraux et de 15 de leurs proches**, afin de leur demander de valider des critères qui représentent ce qu'est la qualité des soins critiques selon leur point de vue. À cette fin, une assistante de recherche vous rencontrera, chez vous ou dans un endroit à votre convenance, et vous proposera une série d'items qui peuvent représenter ce qu'est la qualité des soins selon le point de vue des patients et des proches. Vous devrez alors donner votre opinion sur ces items et pourrez en proposer d'autres si vous voulez.

Votre contribution à cette recherche est tout à fait volontaire. Vous pouvez participer comme patient sans que votre proche participe et un proche peut répondre même si le patient ne veut pas ou ne peut pas participer à l'étude. Chaque témoignage est indépendant. Toutes les données recueillies sont tout à fait confidentielles.

Seules les chercheuses auront accès à vos coordonnées et à vos réponses et elles ont signé un engagement à la confidentialité. De plus, ce projet a reçu l'autorisation des comités scientifique et éthique du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi et des comités d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal et de l'Université du Québec à Chicoutimi.

Votre participation serait grandement appréciée mais demeure tout à fait volontaire. Si vous êtes intéressé à participer, vous pouvez contacter l'assistante de recherche, Madame Lyne Gravel ou l'étudiante chercheuse, Madame Suzanne Aucoin qui vous expliquera alors la recherche en détails.

Vous pourrez alors décider librement de participer ou refuser de le faire et, si vous acceptez, planifier un rendez-vous au moment opportun.

Merci à l'avance!

Dominic Boudreau,
Infirmier-chef,
Unité des soins intensifs généraux,
Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Coordonnées de l'assistante de recherche

Lyne Gravel, infirmière
545-5011, poste 2263
Téléavertisseur : [REDACTED]

Coordonnées de l'étudiante chercheuse

Suzanne Aucoin, infirmière
545-5011, poste 5304
Téléavertisseur : [REDACTED]

Appendice H

Annonce de recrutement publiée dans les journaux locaux

Participants recherchés

Vous avez été hospitalisé aux soins intensifs généraux du CSSS de Chicoutimi, à l'unité coronarienne ou aux soins intensifs de neurologie entre le premier mai et le 30 septembre 2006 ou vous êtes un proche d'une telle personne ?

Mon nom est Suzanne Aucoin et suis une infirmière qui travaille et demeure dans la région tout en étudiant au Doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Je procède, dans le cadre de mes études, à une recherche qui porte sur la validation de critères de qualité des soins dans les unités de soins intensifs.

Je suis à la recherche de 15 patients et de 15 proches afin de valider des critères représentant ce qu'est la qualité des soins dans les unités de soins intensifs selon le point de vue des patients et des proches. Votre collaboration est essentielle et serait grandement appréciée mais demeure tout à fait volontaire. Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles.

Si vous êtes intéressé à participer et à donner quelques heures de votre temps, vous pouvez entrer en contact avec l'assistante de recherche, Madame Lyne Gravel, infirmière ou avec l'étudiante chercheure, Madame Suzanne Aucoin, infirmière.

Merci à l'avance de votre généreuse collaboration!

Coordonnées de l'assistante de recherche

Lyne Gravel, infirmière
545-5011, poste 2263
Téléavertisseur : [REDACTED]

Coordonnées de l'étudiante chercheure

Suzanne Aucoin, infirmière
545-5011, poste 5304
Téléavertisseur : [REDACTED]

Appendice I

Exemple de lettre à afficher pour les employés du CSSS de Chicoutimi

Chicoutimi, Qué.
Le 2006-11-08

Mme XXXXXXXX,
Infirmière-chef,
Unité A3-Cardiologie,
CSSS de Chicoutimi

Objet : Projet de recherche intitulé : Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques.

Bonjour Madame XXXXX,

Je suis infirmière et étudiante au Doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Dans le cadre de mon projet de recherche, je désire valider des critères de qualité des soins critiques auprès notamment de patients et de proches ayant été hospitalisés dans les unités de soins intensifs généraux, neurologiques ou coronariens du CSSS de Chicoutimi.

À cette fin, un encart paraîtra d'ici quelques jours dans les journaux « Le réveil » et le « Progrès Dimanche » dans le but de recruter 15 patients et 15 proches ayant séjourné dans l'une de ces trois unités au cours des six derniers mois. **Je tiens à souligner qu'il ne s'agit en aucun cas d'évaluer la qualité des soins reçus lors du passage de ces personnes dans votre unité, mais bien de leur demander si les critères proposés reflètent la qualité des soins de leur propre point de vue.**

À titre d'exemple, un critère sur lequel ils auront à se prononcer en termes de pertinence, d'Importance et de clarté est : *Les intervenants utilisent un langage écrit et parlé facile à comprendre pour l'utilisateur et ses proches.* Comme professionnels, ce critère nous apparaît important pour fournir des soins de qualité. Cependant, aucun patient ou proche d'un patient ayant séjourné dans une unité de soins critiques ne s'est jamais prononcé là-dessus...C'est l'un des objectifs que cette étude vise d'atteindre.

Je vous joins une copie de l'annonce telle qu'elle sera libellée et vous serais reconnaissante d'afficher la présente lettre et le document joint afin que tout le personnel de l'unité en prenne connaissance et qu'il n'y ait aucune ambiguïté quant aux objectifs poursuivis. Si vous avez des questions ou désirez recevoir de l'information supplémentaire, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Recevez, Madame XXXXX, mes meilleures salutations,

Suzanne Aucoin, infirmière,
Candidate au Doctorat en sciences infirmières.
(418) 545-5011 poste 5304
Téléavertisseur : [REDACTED]

Appendice J

Seconde lettre de recrutement des informateurs clés non professionnels

PARTICIPANTS RECHERCHÉS

Bonjour Madame, Monsieur,

Mon nom est Dominic Boudreau et je suis infirmier-chef à l'unité des soins intensifs généraux du CSSS de Chicoutimi, où vous avez été hospitalisé ces derniers mois. Une infirmière étudiante au Doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal, Madame Suzanne Aucoin, procède, dans le cadre de ses études, à une recherche qui porte sur la validation de critères de qualité des soins dans les unités de soins intensifs. Les résultats de cette étude pourraient s'avérer très utiles dans notre travail.

Elle est à la recherche de **15 patients qui ont séjourné aux soins intensifs généraux et de 15 de leurs proches**, afin de leur demander de valider des critères qui représentent ce qu'est la qualité des soins en unité de soins intensifs selon leur point de vue. À cette fin, je vous téléphonerai dans les prochains jours afin de m'enquérir de votre intérêt à participer à l'étude. Vous serez tout à fait libre d'accepter ou de refuser et aucun autre appel ne vous sera fait si vous refusez de participer. Vous n'aurez pas non plus à justifier votre refus.

Si vous acceptez, une assistante de recherche, Madame Lyne Gravel, communiquera avec vous afin de planifier un rendez-vous au moment qui vous convient. Elle vous rencontrera chez vous ou dans un endroit que vous aurez choisi et vous proposera une série d'items qui peuvent représenter ce qu'est la qualité des soins selon le point de vue des patients et des proches. Vous devrez alors donner votre opinion sur ces items et pourrez en proposer d'autres si vous voulez.

Votre contribution à cette recherche est tout à fait volontaire. Vous pouvez participer comme patient sans que votre proche participe et un proche peut répondre même si le patient ne veut pas ou ne peut pas participer à l'étude. Chaque témoignage est indépendant. Toutes les données recueillies sont tout à fait confidentielles. Seules les chercheuses auront accès à vos coordonnées et à vos réponses et elles ont signé un engagement à la confidentialité. De plus, ce projet a reçu l'autorisation des comités scientifique et éthique du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi et des comités d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal et de l'Université du Québec à Chicoutimi. Votre participation serait grandement appréciée mais demeure tout à fait volontaire. Si vous êtes intéressé à participer, vous pouvez aussi contacter vous-même l'assistante de recherche, Madame Lyne Gravel ou l'étudiante chercheuse, Madame Suzanne Aucoin qui vous expliquera alors la recherche en

détails. Vous pourrez alors décider librement de participer ou refuser de le faire et, si vous acceptez, planifier un rendez-vous au moment opportun.

Merci à l'avance!

Dominic Boudreau,
Infirmier-chef,
Unité des soins intensifs généraux,
Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Coordonnées de l'assistante de recherche

Lyne Gravel, infirmière
545-5011, poste 2263
Téléavertisseur : [REDACTED]

Coordonnées de l'étudiante chercheuse

Suzanne Aucoin, infirmière
545-5011, poste 5304
Téléavertisseur : [REDACTED]

Appendice K

Lettre de remerciement aux informateurs clés non professionnels

Saguenay, le 10 novembre 2006

Objet : Recherche *Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle*

Madame, Monsieur,

Je tiens tout d'abord à vous remercier sincèrement d'accepter de participer à ce projet de recherche en tant qu'utilisateur ou proche afin de valider des critères de qualité des soins critiques. Votre opinion est importante et le jugement que vous porterez sur les énoncés qui vous sont soumis aidera les professionnels à envisager la qualité des soins qu'ils dispensent d'une façon plus globale.

Vous pouvez utiliser une version électronique, papier ou simplement répondre verbalement aux questions de l'assistante de recherche, selon votre choix. Je vous invite à lire ou à écouter attentivement tous les énoncés et à vous prononcer sur chacun d'eux. Vous pouvez aussi faire toutes les suggestions que vous jugerez pertinentes.

Cette recherche se déroule sous la direction de M. Raymond Grenier, PhD, professeur et chercheur à l'Université de Montréal et spécialiste en mesure et évaluation. Elle a également reçu l'aval des comités scientifique et éthique du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, et des comités d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Chicoutimi, du CHUQ et de l'hôpital Laval.

N'hésitez pas à communiquer avec moi au besoin par téléphone : (418) 545-5011 poste 5304, par téléavertisseur : [REDACTED] ou par courriel : [REDACTED]. Vous pouvez aussi contacter M. Raymond Grenier, Directeur de recherche, au poste téléphonique (514) 343-7919 ou par courriel [REDACTED].

Mes plus sincères remerciements à nouveau et bon travail.

Suzanne Aucoin, inf.,
Candidate au Doctorat en sciences infirmières.

Appendice L

Approbations du Comité scientifique du CSSS de Chicoutimi et des divers comités
d'éthique de la recherche

COMITÉ D'ÉVALUATION SCIENTIFIQUE DES PROJETS DE RECHERCHE

Le 22 septembre 2006

Madame Suzanne Aucoin, inf., PhD (cand.)
Professeure
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Objet: 2006-029 – Élaboration et validation de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle

Madame,

Le Comité d'évaluation scientifique des projets de recherche s'est réuni le vendredi 22 septembre 2006 et a étudié votre projet de recherche.

C'est avec plaisir que nous vous annonçons que votre projet a été accepté. En effet, votre projet sera acheminé au Comité d'éthique pour qu'il soit étudié lors de leur prochaine rencontre qui aura lieu en octobre prochain. Toutefois, les membres désirent vous adresser les commentaires et recommandations qui suivent :

- ✓ Les membres suggèrent de préciser au niveau de la validation du contenu ;
- ✓ Y a-t-il un directeur de thèse et quel est son nom ?
- ✓ Est-ce qu'un répondant local serait préférable ?
- ✓ Le nombre de médecins rejoints pourrait être plus élevé (2 de plus est suggéré) ;
- ✓ Ajouter une section clairement identifiée pour les professionnels « est-ce que vous avez vu d'autres aspects que vous jugez importants d'ajouter ? »
- ✓ Il serait préférable, à cause du risque de biais, que le patient et le proche du patient soient interrogés séparément et si cela est possible de famille différente ;
- ✓ Étant donné le petit nombre de patients recrutés, si le chercheur veut avoir son spectre, peut-être envisager de recruter les proches des patients qui n'ont pas survécus.

Mme Aucoin, nos plus cordiales salutations.

Gérald Tremblay, MD
Membre
Comité d'évaluation scientifique des projets de recherche
(418) 541-1076

GT/aa

- ☐ Centre administratif
305, rue Saint-Vallier
Chicoutimi (Québec)
G7H 5H6
Tél. : (418) 541-1000
- ☐ 150, rue Pinel
Chicoutimi (Québec)
G7G 3W4
Tél. : (418) 549-5474
- ☐ 411, rue Hôtel-Dieu
Chicoutimi (Québec)
G7H 7Z5
Tél. : (418) 543-2221
- ☐ 222, rue Saint-Éphrem
Chicoutimi (Québec)
G7G 2W5
Tél. : (418) 690-3924
- ☐ 904, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 2A9
Tél. : (418) 698-3900
- ☐ 257, rue Saint-Armand
Chicoutimi (Québec)
G7G 1S4
Tél. : (418) 698-3914
- ☐ 1236, rue d'Angoulême
Chicoutimi (Québec)
G7H 6P9
Tél. : (418) 698-3907

Suzanne Aucoin

De: Hélène Ouellet [mailto:helo@protonmail.com]

Envoyé: 2 octobre 2006 10:10

À: [REDACTED]

Importance: Haute

Bonjour,

Concernant votre projet, le président du CÉR mentionne qu'étant donné que le consentement s'adresse aux professionnels, il ne voit pas la nécessité de présenter votre projet au CÉR. J'ai remis les documents à madame Danielle Rodrigue, vous pouvez la contacter au 418-656-8711 poste 2825. Elle vous dirigera vers les personnes spécifiques à votre projet car madame Christiane Savard prend sa retraite en novembre 2006.

Dans le cas où une approbation éthique est requise dans le cadre de votre doctorat, veuillez m'en informer et nous présenterons le projet à titre informatif au CÉR.

Bonne chance.

Hélène Ouellet
Secrétaire du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Laval



**APPROBATION D'UNE ÉTUDE CLINIQUE PAR
LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE DE L'HDQ**

INVESTIGATEUR PRINCIPAL: Madame Suzanne Aucoin

Le 25 octobre 2006

DOCUMENTS ÉTUDIÉS:

Protocole inédit

Daté du mois de septembre 2006

Projet 5.1.06.10

TITRE

Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle

- Le feuillet d'information et formulaire de consentement daté du 16 septembre 2006.
- La grille de validation nominale des critères de qualité des soins critiques (version usagers)
- La grille de validation nominale des critères de qualité des soins critiques (version proches).

Lors de la réunion plénière (*full board*) du 24 octobre 2006, le Comité d'éthique de la recherche clinique de L'HDQ a procédé à l'étude des documents ci-haut mentionnés et a accepté à l'unanimité lesdits documents.

La période d'acceptation de ce protocole est d'une durée de un an. Le protocole sera donc renouvelable en octobre 2007, si nécessaire.

Le président du Comité d'éthique de la recherche clinique de L'HDQ,



Yvan Drolet, M.D.

YD/LB/dm

APPROBATION ÉTHIQUE



Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 3 novembre 2006 au 3 novembre 2007

Pour le projet de recherche intitulé : *Élaboration et validation de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle*.

Chercheur responsable du projet de recherche : *Suzanne Aucoin*

Fait à Ville de Saguenay, le 3 novembre 2006



André Leclerc
Président du Comité d'éthique
de la recherche avec des êtres humains

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

Le 7 novembre 2006

Madame Suzanne Aucoin, candidate
Doctorat en sciences infirmières
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec)
G7H 2B1

Objet : 2006-029 Élaboration et validation de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle

Madame Aucoin,

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi accuse réception de votre lettre datée du 2 novembre 2006 ainsi que des derniers documents modifiés selon les demandes du comité suite à la réunion tenue le 17 octobre 2006 et faisant suite à des échanges effectués avec la coordonnatrice du comité.

Nous avons pris connaissance des corrections que vous y avez apportées et nous trouvons qu'elles respectent les demandes du Comité d'éthique de la recherche.

Par conséquent, nous avons le plaisir de vous informer que votre projet a été accepté officiellement. Vous trouverez ci-joint le formulaire de consentement avec le sceau officiel du Comité d'éthique de la recherche, l'approbation officielle qui vous permet de débiter votre étude ainsi que la liste des membres votant du CÉR. La durée de l'approbation est d'une année, soit du 7 novembre 2006 jusqu'au 7 novembre 2007.

Nous vous rappelons que vous devrez utiliser les formulaires de consentement estampillés pour procéder au recrutement.


Le comité d'éthique devra être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait à une date ultérieure à celle de la présente approbation et qui comporterait des changements dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. De plus, toute complication imprévue et sérieuse concernant un participant inscrit à la présente étude devra être immédiatement rapportée par écrit au Comité d'éthique peu importe si cet événement est survenu dans notre milieu ou ailleurs dans un autre centre. Vous devrez y joindre votre évaluation personnelle de la situation en précisant si, selon vous, cet événement est relié à l'étude, s'il s'agit d'un risque jusque là inconnu, si les participants déjà inscrits

- ☐ Centre administratif
305, rue Saint-Vallier
Chicoutimi (Québec)
G7H 5H6
Tél. : (418) 541-1000
- ☐ 150, rue Pinel
Chicoutimi (Québec)
G7G 3W4
Tél. : (418) 549-5474
- ☐ 411, rue Hôtel-Dieu
Chicoutimi (Québec)
G7H 7Z5
Tél. : (418) 543-2221
- ☐ 222, rue Saint-Éphrem
Chicoutimi (Québec)
G7G 2W5
Tél. : (418) 690-3924
- ☐ 904, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 2A9
Tél. : (418) 698-3900
- ☐ 257, rue Saint-Armand
Chicoutimi (Québec)
G7G 1S4
Tél. : (418) 698-3914
- ☐ 1236, rue d'Angoulême
Chicoutimi (Québec)
G7H 6P9
Tél. : (418) 698-3907

doivent être informés et si une modification du formulaire de consentement est nécessaire pour les nouveaux sujets.

Le projet devra être réévalué dans un an à partir de la date d'approbation, en indiquant brièvement l'évolution et le déroulement de votre recherche, le nombre de participants recrutés et si les perspectives de cette recherche se déroulent telles que prévu. Le comité vous demande également de l'aviser lors de la fermeture de l'étude et de compléter les formulaires nécessaires, soit le Rapport annuel et le Rapport de fin de projet. Nous vous soulignons que des versions électroniques sont également disponibles.

Veuillez agréer, Mme Aucoin, mes cordiales salutations.



Dr Fabien Simard, président
Comité d'éthique de la recherche
Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
(418) 541-1234 poste 2369

FS/ah

p.j. documents estampillés

c.c. Mme Caroline Giroux, agente de gestion financière

Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
Comité d'éthique de la recherche
305, rue Saint-Vallier, 4^e étage,
Chicoutimi (Québec) G7H 5H6

Madame Suzanne Aucoin, candidate
Doctorat en sciences infirmières
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Titre du protocole :	2006-029 Élaboration et validation de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle
Date du protocole :	amendé le 2 novembre 2006
Formulaire présentation de projet :	modifié et signé le 1 ^{er} novembre 2006
Formulaire de consentement aux patients :	version du 31 octobre 2006
Formulaire de consentement pour les proches :	version du 31 octobre 2006
Formulaire de consentement pour les professionnels :	version du 31 octobre 2006
Annnonce dans les journaux :	version du 2 novembre 2006
Lettres aux participants (1 ^{er} envoi et 2 ^e envoi) :	deux lettres datées du 3 novembre 2006
Privileges en recherche au CSSSC :	obtenus le 1 ^{er} mai 2006
Entente service psychologie :	signée le 17 octobre 2006 par Mme Marie Sylvie Lapointe, chef de service en réadaptation et réinsertion sociale au CSSSC
Grilles de validation nominale des critères de qualité des soins critiques :	- version professionnels acceptée
	- version usagers acceptée
	- version proches acceptée
Bourse obtenue :	le 13-09-2006 de l'Université de Sherbrooke

Le Comité d'éthique de la recherche se conforme à toutes les exigences des Bonnes Pratiques Cliniques.

L'investigateur et/ou co-investigateurs n'ont pas pris part au vote quant à la documentation.

Date de réunion du CÉR : 17 octobre 2006

Date d'approbation officielle : 7 novembre 2006

Durée de l'approbation : 1 an, soit du 7 novembre 2006 au 7 novembre 2007

Président du CÉR : Dr Fabien Simard

Signature du président

Date de la signature

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ
(CÉRSS)**

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : Élaboration et validation de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle.

Sous la direction de : Monsieur Raymond Grenier

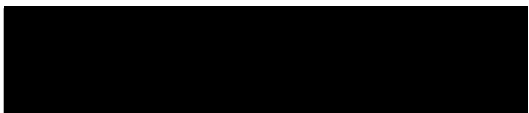
Nom de l'étudiante : Madame Suzanne Aucoin


À la réunion du 2 octobre 2006, 10 membres du CÉRSS étaient présents : la présidente, la vice-présidente et représentante de l'École d'optométrie, l'experte en éthique, l'experte en droit, la représentante du public, la représentante des étudiants, le représentant de la Faculté de pharmacie, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, le représentant du Département de kinésiologie.

Le Comité a jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

Le certificat est émis pour la période du 8 novembre 2006 au 7 novembre 2007.

Le 8 novembre 2006.



Marie-France Daniel
Présidente
Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé
CEPSUM, 2100, Edouard-Montpetit, bureau 7211
Téléphone : (514) 343-5624
Télécopieur : (514) 343-2181
Courriel : 

Appendice M

Formulaires d'information et de consentement :
version professionnels
version usagers
version proches

Formulaire d'information et de consentement

Professionnels

TITRE DE L'ÉTUDE : Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle.....

ÉTUDIANTE-CHERCHEURE :

Suzanne Aucoin, étudiante au Doctorat en sciences infirmières,
Université du Québec à Chicoutimi,
555, boul. de l'Université,
Chicoutimi, Qué
G7H-2B1
(418) 545-5011, poste 5304

[REDACTED]
[REDACTED]

DIRECTEUR DE RECHERCHE ET RESPONSABLE DU PROJET:

Raymond Grenier, PhD
Université de Montréal,
C. P. 6128, succursale Centre-ville,
Montréal (Québec) H3C 3J7
(514) 343-7619

[REDACTED]

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche parce que vous êtes un professionnel ayant de l'expérience dans le traitement des patients de soins intensifs. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable et à clarifier tout point que vous ne considérez pas explicite.

NATURE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les unités de soins critiques permettent de fournir des soins à des usagers qui nécessitent une surveillance étroite ou une intensité de soins plus grande, qui sont instables au plan physiologique, présentent des risques d'atteinte à l'intégrité de leur vie et pour lesquels un minimum d'espoir est permis. De plus, les soins critiques regroupent une équipe clinique composée de nombreux professionnels qui gravitent autour d'usagers de tous âges et atteints de pathologies diverses, contribuant ainsi à complexifier davantage l'environnement de soins. Enfin, comme tous leurs collègues, les intervenants qui œuvrent dans les unités de soins critiques sont animés du désir de bien faire et de fournir des soins de qualité.

Cependant, afin de s'en assurer, il est nécessaire de mesurer et d'évaluer la qualité des soins dispensés et ce, pour de nombreux motifs. Des raisons professionnelles et éthiques comme l'obligation pour chaque professionnel d'examiner sa pratique et de la rendre conforme aux meilleurs standards et celle d'agir dans le meilleur intérêt de l'utilisateur justifient la mise en place d'activités de mesure et d'évaluation. De plus, des arguments tant économiques que de gestion telle l'obligation d'offrir un maximum de services au meilleur coût possible forcent l'examen des pratiques courantes et leur comparaison avec celles des plus performants.

La qualité des soins critiques devrait donc faire l'objet d'une appréciation régulière, plus encore peut-être que dans tout autre secteur, compte tenu des risques encourus par la clientèle, des coûts impartis, de l'obligation de gérer rigoureusement les ressources et surtout de l'impact des résultats des soins sur la santé et le bien-être des usagers. À cette fin, des mesures rigoureuses de la qualité des soins critiques devraient être développées et aller au-delà des traditionnels indices de mortalité et de morbidité qui, certes, fournissent des informations intéressantes, mais ne tiennent en rien compte de toute la complexité du phénomène et manquent totalement de spécificité.

Toutefois, malgré l'abondance d'information concernant les caractéristiques des soins de qualité, il n'existe aucun outil interdisciplinaire valide, fidèle et fiable sur lequel peuvent compter les gestionnaires et les professionnels de la santé afin de mesurer et d'apprécier la qualité des soins dispensés dans les unités de soins critiques. Or, un tel outil est nécessaire pour permettre aux professionnels et aux gestionnaires des unités de soins critiques de renforcer les points positifs de leur pratique et d'en corriger les écarts.

Les buts de cette recherche étaient de définir, dans un premier temps, ce que veut dire «qualité des soins dispensés en unité de soins critiques». Dans un second temps, il s'agissait d'élaborer des critères de qualité des soins offerts dans ce type d'unités selon une approche interprofessionnelle, tout en prenant en compte le point de vue du patient et de ses proches pour les aspects sur lesquels ils sont capables de se prononcer. Enfin, l'objectif de cette troisième phase de l'étude est de valider, selon les professionnels, les gestionnaires, les patients et leurs proches, les critères de qualité des soins dispensés en unité de soins critiques et reconnus suffisamment clairs, pertinents et importants pour ensuite être capable de mesurer cette qualité.

Cette recherche est réalisée dans le cadre d'études de doctorat en sciences infirmières et se déroulera sur une période d'environ 6 mois. Pendant ce temps, 15 patients ayant séjourné dans une unité de soins critiques, 15 de leurs proches et 15 professionnels qui travaillent dans de telles unités auront à se prononcer sur des critères de qualité qui leur seront présentés et à en suggérer d'autres s'ils le désirent.

MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Une liste de critères de qualité des soins critiques vous sera fournie sous forme de fichier informatisé ou papier selon votre préférence et vous devrez donner votre appréciation de ces critères en termes de clarté, d'importance et de pertinence de ces derniers. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Votre expertise est mise à profit afin d'évaluer si ces critères sont des indicateurs dont la mesure refléterait la qualité des soins critiques. Le but recherché est d'obtenir un certain niveau de consensus entre les experts. À cette fin vous recevrez deux ou trois versions à valider. Suite à l'envoi initial, chaque version sera composée des indicateurs pour lesquels vous aurez proposé des modifications et de ceux que vous aurez demandé d'ajouter. Cette activité devrait vous demander environ trois heures de votre temps la première fois et moins longtemps les fois subséquentes. Vous aurez un délai de deux semaines pour remplir et retourner le questionnaire.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour participer à l'étude, vous devez répondre aux critères suivants : 1) être médecin, infirmière, pharmacien, physiothérapeute, inhalothérapeute, gestionnaire ; 2) posséder une expérience d'au moins cinq ans auprès de la clientèle adulte de soins critiques ; 3) être disponible pour remplir le questionnaire de validation, d'une durée approximative de trois heures lors de la première validation, et probablement moins lors des deux ou trois validations subséquentes au besoin ; 4) être capable de vous exprimer en français.

AVANTAGES À PARTICIPER

Vous ne retirerez aucun bénéfice à participer à cette étude. Toutefois, le fait d'obtenir des indicateurs de qualité des soins critiques dont le contenu est validé permettra de procéder ultérieurement à leur validation dans le monde empirique pour produire ensuite un outil de mesure valide et fidèle. Les résultats permettront d'améliorer la qualité des soins fournis aux usagers des soins critiques et à leurs proches.

RISQUES ET INCONFORTS

Vous ne courez aucun risque à participer à cette étude et vous ne devriez ressentir aucun inconfort, si ce n'est possiblement une légère fatigue après avoir complété le questionnaire qu'un moment de repos fera disparaître.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la responsable du projet.

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Toutes les données recueillies seront confidentielles et des codes vous seront attribués assurant l'anonymat des informations recueillies et votre possibilité de retrait en tout temps. Seule l'étudiante connaîtra la clé qui relie les codes aux personnes correspondantes.

Les résultats aux questionnaires seront traités de manière informatique sur le poste protégé de l'étudiante (mot de passe) ou sur son ordinateur portable, également protégé par un mot de passe. Vos renseignements personnels et les codes attribués à chaque personne de même que les questionnaires papier seront conservés dans un classeur barré situé dans le bureau de l'étudiante, à l'Université du Québec à Chicoutimi et seule l'étudiante y aura accès. Le Directeur de recherche aura accès aux données codifiées seulement. Les données seront conservées pendant une période de sept ans puis détruites.

La publication des résultats sera faite sous forme d'indices de validité des divers indicateurs et en aucun temps vous ne pourrez être identifiés. Seuls les titres, les années d'expérience en soins critiques, le niveau de formation et des lieux d'origine apparaîtront. Il est toutefois possible que des représentants autorisés des comités d'éthique du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ou de l'Université de Montréal demandent à examiner les données nominatives pour fin de vérifications ou de suivis déontologiques.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune rétribution pour votre participation et aucune compensation ne vous sera versée.

QUESTIONS SUR L'ÉTUDE

EN CAS D'URGENCE ou si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'expérimentation) avec Suzanne Aucoin, étudiante au Doctorat en sciences infirmières, Université du Québec à Chicoutimi, (418) 545-5011, poste 5304 et 24 heures/ 24 par téléavertisseur : [REDACTED] Vous pouvez aussi contacter M. Raymond Grenier, Directeur de recherche, au poste téléphonique (514) 343-7919 ou par courriel [REDACTED]

ÉTHIQUE

Cette recherche a été approuvée par les Comités d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Chicoutimi, du CHUQ, de l'hôpital Laval et du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi. Ces comités ont pour mandat de protéger les droits et la sécurité des personnes qui acceptent de participer à des études de recherche. Ils assurent également le suivi du projet et approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toutes questions reliées à l'éthique, concernant vos droits et/ou concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez

communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, 305 rue St-Vallier, Chicoutimi (Québec) G7H-5H6, au numéro de téléphone (418) 541-1234 poste 2369.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez aussi, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé de l'Université de Montréal, Mme Marie-France-Daniel (Téléphone (514) 343-5624). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

SIGNATURES

TITRE DE L'ÉTUDE : Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle.....

DIRECTEUR DE RECHERCHE ET RESPONSABLE DE L'ÉTUDE :

(nom en lettres moulées) :

RAYMOND GRENIER

ÉTUDIANTE CHERCHEURE :

(nom en lettres moulées) :

SUZANNE AUCOIN

Je, (nom en lettres moulées du participant)
 déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec (nom de l'investigateur en lettres moulées)
 et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je sais aussi que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.

Signature du participant.....Date

Je, (nom en lettres moulées et qualifications de l'investigateur)

certifie que j'ai expliqué à (nom en lettres moulées du participant).....

les termes du présent formulaire d'information et de consentement et que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard. Je lui ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'investigateur.....Date

Formulaire d'information et de consentement

Patients

TITRE DE L'ÉTUDE : Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle.....

ÉTUDIANTE-CHERCHEURE

**Suzanne Aucoin, étudiante au Doctorat en sciences infirmières,
Université du Québec à Chicoutimi,
555, boul. de l'Université,
Chicoutimi, Qué
G7H-2B1
(418) 545-5011, poste 5304
Téléavertisseur : [REDACTED]**

DIRECTEUR DE RECHERCHE ET RESPONSABLE DU PROJET:

**Raymond Grenier, PhD
Université de Montréal,
C. P. 6128, succursale Centre-ville,
Montréal (Québec) H3C 3J7
(514) 343-7619**

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche parce que vous avez été récemment hospitalisé dans une unité de soins intensifs du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou à son assistante de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Lorsque des personnes subissent une opération importante, qu'elles sont victimes d'un accident ou qu'elles ont besoin de surveillance étroite, elles sont hospitalisées dans une unité de soins critiques ou intensifs. Les professionnels présents peuvent alors lui offrir les soins dont elle a besoin, en termes d'équipement, de médicaments et de traitements nécessaires.

Afin de s'assurer que les soins offerts sont de qualité, il faut être capable de mesurer cette qualité et de procéder aux améliorations nécessaires. Les professionnels disposent de plusieurs manières de mesurer la qualité des actes qu'ils posent mais il n'existe aucun outil qui inclut le point de vue du patient et de ses proches dans cette démarche.

Les buts de cette recherche sont de définir ce que veut dire «qualité des soins dispensés en unité de soins critiques», d'élaborer et de valider des critères de qualité des soins offerts dans ce type d'unités selon une approche interprofessionnelle, tout en prenant en compte le point de vue du patient et de ses proches pour les aspects sur lesquels vous êtes capables de vous prononcer.

L'objectif de cette phase de l'étude est de valider, selon les professionnels, les gestionnaires, les patients et leurs proches, les critères de qualité des soins dispensés en unité de soins critiques et reconnus suffisamment clairs, pertinents et importants pour ensuite être capable de mesurer cette qualité.

Cette recherche est réalisée dans le cadre d'études de doctorat en sciences infirmières et se déroulera sur une période d'environ 6 mois. Pendant ce temps, 15 patients ayant séjourné dans une unité de soins critiques, 15 de leurs proches et 15 professionnels qui travaillent dans de telles unités auront à se prononcer sur des critères de qualité qui leur seront présentés et à en suggérer d'autres s'ils le désirent.

MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Une infirmière assistante de recherche procédera à une entrevue avec vous, à votre domicile ou dans un endroit privé de votre choix et, pendant cette rencontre, elle vous demandera si les items proposés reflètent bien ce que vous pensez être des soins critiques de qualité en termes de clarté, d'Importance et de pertinence. Cette entrevue sera enregistrée sur cassette audio afin qu'elle puisse transcrire vos réponses sur le questionnaire ensuite. Vous pourrez aussi choisir de remplir directement le questionnaire, sous forme papier ou sur un ordinateur portable, avec le soutien de l'assistante de recherche. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous pourrez aussi suggérer d'ajouter des items. Une fois la première série d'entrevues réalisées, les réponses seront compilées et celles qui feront consensus seront gardées. Les autres seront reformulées ou enlevées et les suggestions faites lors de la première série d'entrevue seront ajoutées. Une seconde validation sera faite et possiblement une troisième, les entrevues se déroulant également à l'endroit que vous aurez choisi. Le temps accordé aux entrevues s'accolera à votre condition de santé. Toutefois, la première entrevue pourrait durer un maximum de deux heures et les autres moins longtemps. Advenant de la fatigue de votre part, les entrevues pourront être arrêtées et reprises ultérieurement.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour participer à l'étude, vous devez répondre aux critères suivants : 1) avoir plus de dix-huit ans ; 2) avoir séjourné pendant plus de 24 heures dans l'une des trois unités de soins critiques du CSSSC au cours des 6 derniers mois et avoir quitté l'hôpital depuis plus de six semaines; 3) être capable de fournir un consentement libre et éclairé ; 4) accepter de répondre à un questionnaire d'une durée maximale de deux heures (le questionnaire peut être interrompu et repris dans une autre séance si la personne se dit fatiguée), en personne, à votre domicile ou dans un endroit à votre convenance, à deux ou trois reprises ; 5) être capable de vous exprimer en français.

AVANTAGES À PARTICIPER

Vous ne retirerez aucun bénéfice à participer à cette étude. Toutefois, le fait d'obtenir des indicateurs de qualité des soins critiques dont le contenu est validé permettra de construire ensuite un outil pour mesurer la qualité des soins critiques. Les résultats obtenus permettront d'améliorer la qualité des soins fournis aux patients des unités de soins critiques et à leurs proches.

RISQUES ET INCONFORTS

Vous ne courez aucun risque à participer à cette étude et vous ne devriez ressentir aucun inconfort, si ce n'est possiblement une légère fatigue après avoir complété le questionnaire qu'un moment de repos fera disparaître. Toutefois, si jamais le fait de penser à nouveau à votre séjour aux soins intensifs vous causait un inconfort psychologique nécessitant du soutien, vous pouvez communiquer avec M. Jean Paré, psychologue au CSSS de Chicoutimi, (418) 541-1234, poste 2184.

DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule le projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la responsable du projet ou à l'assistante de recherche.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite ou sur vos relations avec votre médecin et les autres intervenants.

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Toutes les données recueillies seront confidentielles et des codes vous seront attribués assurant l'anonymat des informations recueillies et votre possibilité de retrait en tout temps. Seule l'étudiante connaîtra la clé qui relie les codes aux personnes correspondantes. L'assistante de recherche vous identifiera et remplira le questionnaire mais n'aura plus accès aux données par la suite ni aux codes permettant de vous identifier. Le Directeur de recherche aura accès aux données codifiées seulement.

Les résultats aux questionnaires seront traités de manière informatique sur le poste protégé de l'étudiante (mot de passe) ou sur son ordinateur portable, également protégé par un mot de passe. Vos renseignements personnels et les codes attribués, les questionnaires papier et les cassettes audio seront conservés dans un classeur barré situé dans le bureau de l'étudiante, à l'Université du Québec à Chicoutimi et seule l'étudiante y aura accès. Les données seront conservées pendant une période de sept ans puis détruites.

La publication des résultats sera faite sous forme d'indices de validité des divers indicateurs et en aucun temps vous ne pourrez être identifiés. Seuls l'âge, le sexe, lien de parenté (famille) et la durée de séjour aux soins intensifs du patient seront publiés sous forme de regroupements.

Il est toutefois possible que des représentants autorisés des comités d'éthique du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ou de l'Université de Montréal demandent à examiner les données nominatives pour fin de vérifications ou de suivis déontologiques.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucun salaire pour votre participation et aucune compensation ne vous sera versée.

QUESTIONS SUR L'ÉTUDE

EN CAS D'URGENCE ou si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'expérimentation) avec Suzanne Aucoin, étudiante au Doctorat en sciences infirmières, Université du Québec à Chicoutimi, (418) 545-5011, poste 5304 entre 08h00 et 17h00, du lundi au vendredi et 24 heures/ 24 par téléavertisseur : [REDACTED] Vous pouvez également communiquer pendant l'expérimentation avec l'assistante de recherche, Lyne Gravel, infirmière, Université du Québec à Chicoutimi, (418) 545-5011, poste 2263 entre 08h30 et 17h00, du lundi au vendredi, et 24 heures/ 24 par téléavertisseur : [REDACTED] Enfin, vous pouvez aussi contacter M. Raymond Grenier, Directeur de recherche, au poste téléphonique (514) 343-7919 ou par courriel [REDACTED]

ÉTHIQUE

Cette recherche a été approuvée par les Comités d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Chicoutimi, du CHUQ, de l'hôpital Laval et du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi. Ces comités ont pour mandat de protéger les droits et la sécurité des personnes qui acceptent de participer à des études de recherche. Ils assurent également le suivi du projet et approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toutes questions liées à l'éthique, concernant vos droits et/ou concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, 305 rue St-Vallier, Chicoutimi (Québec) G7H-5H6, au numéro de téléphone (418) 541-1234 poste 2369.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez aussi, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé de l'Université de Montréal, Mme Marie-France-Daniel (Téléphone (514) 343-5624). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

SIGNATURES

TITRE DE L'ÉTUDE : Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle.....

DIRECTEUR DE RECHERCHE ET RESPONSABLE DE L'ÉTUDE :

(nom en lettres moulées) :

RAYMOND GRENIER

ÉTUDIANTE CHERCHEURE :

(nom en lettres moulées) :

SUZANNE AUCOIN

Je, (nom en lettres moulées du participant)
 déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec (nom de l'investigateur en lettres moulées)
 et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je sais aussi que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.

Signature du participant.....Date

Je, (nom en lettres moulées et qualifications de l'investigateur)

certifie que j'ai expliqué à (nom en lettres moulées du participant).....

.....
 les termes du présent formulaire d'information et de consentement et que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard. Je lui ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'investigateur.....Date

Formulaire d'information et de consentement

Proches

TITRE DE L'ÉTUDE : Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle.....

ÉTUDIANTE-CHERCHEURE

Suzanne Aucoin, étudiante au Doctorat en sciences infirmières,

Université du Québec à Chicoutimi,

555, boul. de l'Université,

Chicoutimi, Qué

G7H-2B1

(418) 545-5011, poste 5304

Téléavertisseur : [REDACTED]

[REDACTED]

DIRECTEUR DE RECHERCHE ET RESPONSABLE DU PROJET:

Raymond Grenier, PhD

Université de Montréal,

C. P. 6128, succursale Centre-ville,

Montréal (Québec) H3C 3J7

(514) 343-7619

[REDACTED]

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche parce que vous êtes un proche d'une personne qui a été récemment hospitalisée dans une unité de soins intensifs du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou à son assistante de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Lorsque des personnes subissent une opération importante, qu'elles sont victimes d'un accident ou qu'elles ont besoin de surveillance étroite, elles sont hospitalisées dans une unité de soins critiques ou intensifs. Les professionnels présents peuvent alors lui offrir les soins dont elle a besoin, en termes d'équipement, de médicaments et de traitements nécessaires.

Afin de s'assurer que les soins offerts sont de qualité, il faut être capable de mesurer cette qualité et de procéder aux améliorations nécessaires. Les professionnels disposent de plusieurs manières de mesurer la qualité des actes qu'ils posent mais il n'existe aucun outil qui inclut le point de vue du patient et de ses proches dans cette démarche.

Les buts de cette recherche sont de définir ce que veut dire «qualité des soins dispensés en unité de soins critiques», d'élaborer et de valider des critères de qualité des soins offerts dans ce type d'unités selon une approche interprofessionnelle, tout en prenant en compte le point de vue du patient et de ses proches pour les aspects sur lesquels vous êtes capables de vous prononcer.

L'objectif de cette phase de l'étude est de valider, selon les professionnels, les gestionnaires, les patients et leurs proches, les critères de qualité des soins dispensés en unité de soins critiques et reconnus suffisamment clairs, pertinents et importants pour ensuite être capable de mesurer cette qualité.

Cette recherche est réalisée dans le cadre d'études de doctorat en sciences infirmières et se déroulera sur une période d'environ 6 mois. Pendant ce temps, 15 patients ayant séjourné dans une unité de soins critiques, 15 de leurs proches et 15 professionnels qui travaillent dans de telles unités auront à se prononcer sur des critères de qualité qui leur seront présentés et à en suggérer d'autres s'ils le désirent.

MODALITÉS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Une infirmière assistante de recherche procédera à une entrevue avec vous à votre domicile ou dans un endroit privé de votre choix et, pendant cette rencontre, elle vous demandera si les items proposés reflètent bien ce que vous pensez être des soins critiques de qualité en termes de clarté, d'importance et de pertinence. Cette entrevue sera enregistrée sur cassette audio afin qu'elle puisse transcrire vos réponses sur le questionnaire ensuite. Vous pourrez aussi choisir de remplir directement le questionnaire, sous forme papier ou sur un ordinateur portable, avec le soutien de l'assistante de recherche. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous pourrez aussi suggérer d'ajouter des items. Une fois la première série d'entrevues réalisées, les réponses seront compilées et celles qui feront consensus seront gardées. Les autres seront reformulées ou enlevées et les suggestions faites lors de la première série d'entrevue seront ajoutées. Une seconde validation sera faite et possiblement une troisième, les autres entrevues se déroulant également à l'endroit que vous aurez choisi. Le temps accordé aux entrevues s'accolera à votre convenance. Toutefois, la première entrevue pourrait durer un maximum de deux heures et les autres moins longtemps. Advenant de la fatigue de votre part, les entrevues pourront être arrêtées et reprises ultérieurement.

CONDITIONS DE PARTICIPATION

Pour participer à l'étude, vous devez répondre aux critères suivants : 1) avoir plus de dix-huit ans ; 2) être le proche d'une personne ayant séjourné pendant plus de 24 heures dans l'une des trois unités de soins critiques du CSSSC au cours des 6 derniers mois et qui a quitté l'hôpital depuis au moins 6 semaines; 3) être capable de fournir un consentement libre et éclairé ; 4) accepter de répondre à un questionnaire d'une durée maximale de deux heures (le questionnaire peut être interrompu et repris dans une autre séance si vous êtes fatigué), en personne, à votre domicile ou dans un endroit à votre convenance, à deux ou trois reprises ; 5) être capable de vous exprimer en français.

AVANTAGES À PARTICIPER

Vous ne retirerez aucun bénéfice à participer à cette étude. Toutefois, le fait d'obtenir des indicateurs de qualité des soins critiques dont le contenu est validé permettra de construire ensuite un outil pour mesurer la qualité des soins critiques. Les résultats obtenus permettront d'améliorer la qualité des soins fournis aux patients des soins critiques et à leurs proches.

RISQUES ET INCONFORTS

Vous ne courez aucun risque à participer à cette étude et vous ne devriez ressentir aucun inconfort, si ce n'est possiblement une légère fatigue après avoir complété le questionnaire qu'un moment de repos fera disparaître. Toutefois, si jamais le fait de penser à nouveau au séjour de votre proche aux soins intensifs vous causait un inconfort psychologique nécessitant du soutien, vous pouvez communiquer avec M. Jean Paré, psychologue au CSSS de Chicoutimi, (418) 541-1234, poste 2184.

DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni à ceux de votre proche, ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule le projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la responsable du projet ou à l'assistante de recherche.

Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui seront fournis à votre proche par la suite ou sur ses relations avec son médecin et les autres intervenants.

CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Toutes les données recueillies seront confidentielles et des codes vous seront attribués assurant l'anonymat des informations recueillies et votre possibilité de retrait en tout temps. Seule l'étudiante connaîtra la clé qui relie les codes aux personnes correspondantes. L'assistante de recherche vous identifiera et remplira le questionnaire mais n'aura plus accès aux données par la suite ni aux codes permettant de vous identifier. Le Directeur de recherche aura accès aux données codifiées seulement.

Les résultats aux questionnaires seront traités de manière informatique sur le poste protégé de l'étudiante (mot de passe) ou sur son ordinateur portable, également protégé par un mot de passe. Vos renseignements personnels et les codes attribués, les questionnaires papier et les cassettes audio seront conservés dans un classeur barré situé dans le bureau de l'étudiante, à L'Université du Québec à Chicoutimi et seule l'étudiante y aura accès. Les données seront conservées pendant une période de sept ans puis détruites.

La publication des résultats sera faite sous forme d'indices de validité des divers indicateurs et en aucun temps vous ne pourrez être identifiés. Seuls l'âge, le sexe, lien de parenté (famille) et la durée de séjour aux soins intensifs du patient seront publiés sous forme de regroupements.

Il est toutefois possible que des représentants autorisés des comités d'éthique du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi ou de l'Université de Montréal demandent à examiner les données nominatives pour fin de vérifications ou de suivis déontologiques.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucun salaire pour votre participation et aucune compensation ne vous sera versée.

QUESTIONS SUR L'ÉTUDE

EN CAS D'URGENCE ou si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'expérimentation) avec Suzanne Aucoin, étudiante au Doctorat en sciences infirmières, Université du Québec à Chicoutimi, (418) 545-5011, poste 5304 entre 08h00 et 17h00, du lundi au vendredi et 24 heures/ 24 par téléavertisseur : [REDACTED]. Vous pouvez également communiquer pendant l'expérimentation avec l'assistante de recherche, Lyne Gravel, infirmière, Université du Québec à Chicoutimi, (418) 545-5011, poste 2263 entre 08h30 et 17h00, du lundi au vendredi, et 24 heures/ 24 par téléavertisseur : [REDACTED]. Enfin, vous pouvez aussi contacter M. Raymond Grenier, Directeur de recherche, au poste téléphonique (514) 343-7919 ou par courriel [REDACTED].

ÉTHIQUE

Cette recherche a été approuvée par les Comités d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Chicoutimi, du CHUQ, de l'hôpital Laval et du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi. Ces comités ont pour mandat de protéger les droits et la sécurité des personnes qui acceptent de participer à des études de recherche. Ils assurent également le suivi du projet et approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toutes questions liées à l'éthique, concernant vos droits et/ou concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, 305 rue St-Vallier, Chicoutimi (Québec) G7H-5H6, au numéro de téléphone (418) 541-1234 poste 2369.

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez aussi, après en avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé de l'Université de Montréal, Mme Marie-France-Daniel (Téléphone (514) 343-5624). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

Coordonnées du professionnel

Bonjour Madame,

La collecte des informations concernant les critères de qualité des soins dans les unités de soins critiques s'est terminée le 12 janvier dernier auprès de 14 professionnels ayant une expérience en soins critiques et œuvrant dans 2 hôpitaux de Québec et au CSSS de Chicoutimi.

Tous les critères qui ont été soumis ont été validés en termes d'Importance, de pertinence et de clarté, sauf celui portant sur les simulations en situation d'urgence et ce, avec un minimum de 80 % de consensus. Il n'y aura donc pas de seconde validation. La prochaine étape consiste à transformer ces critères en questions et à les valider auprès d'un autre groupe de professionnels, puis à les tester dans les milieux. Ceci devrait faire partie d'un second projet de recherche qui aura lieu en fin d'année 2007 ou au début de 2008.

À cette fin, vos précieux commentaires seront pris en compte dans la formulation des questions et les suggestions faites pourront y être intégrées sans modifier le sens des critères. Les critères jugés redondants, bien que validés, seront fusionnés et placés sous une seule dimension et des précisions seront apportées sur des termes comme « moment opportun », « délai raisonnable » et « autorités compétentes », tout en laissant à l'établissement et à ses professionnels la latitude nécessaire pour les fixer.

De même, les critères portant sur plus d'un sujet et comportant des énumérations tel « Des programmes ...sont a) mis à jour...b) diffusés et c) connus » seront formulés de manière distincte en termes de questions. Les critères suggérés et touchant la qualité de vie au travail du personnel ne peuvent malheureusement être retenus puisque ce sujet n'est pas l'objet de la présente étude et risquerait d'être abordés de manière fragmentaire et incomplète. Toutefois, des travaux exhaustifs couvrant l'ensemble de cette problématique sont menés par d'autres chercheurs sur le sujet.

Votre collaboration a été essentielle à l'élaboration d'un outil qui permettra de mesurer, selon une approche interprofessionnelle, la qualité des soins dispensés dans les unités de soins critiques. Si vous désirez une copie du questionnaire qui sera soumis à la validation puis testé fort possiblement dans votre établissement, vous n'avez qu'à communiquer avec moi aux coordonnées ci-jointes.

Je ne peux que vous remercier très sincèrement de la qualité de vos commentaires et du temps que vous avez consacré à répondre à ce questionnaire et vous prie de recevoir, Mme XXXXX, l'expression de mes meilleurs sentiments,

Suzanne Aucoin, Candidate au Doctorat en sciences infirmières,
Université du Québec à Chicoutimi,
555, boul. de l'Université,
Chicoutimi, Qué.
G7H-2B1
(418) 545-5011 poste 5304
Téléavertisseur : [REDACTED]

SIGNATURES

TITRE DE L'ÉTUDE : Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle.....

DIRECTEUR DE RECHERCHE ET RESPONSABLE DE L'ÉTUDE :

(nom en lettres moulées) :

RAYMOND GRENIER

ÉTUDIANTE CHERCHEURE :

(nom en lettres moulées) :

SUZANNE AUCOIN

Je, (nom en lettres moulées du participant)
 déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec (nom de l'investigateur en lettres moulées)
 et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je sais aussi que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.

Signature du participant.....Date

Je, (nom en lettres moulées et qualifications de l'investigateur)

certifie que j'ai expliqué à (nom en lettres moulées du participant).....

.....
 les termes du présent formulaire d'information et de consentement et que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard. Je lui ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'investigateur.....Date

Appendice N

Lettres de remerciement aux informateurs clés

Appendice O

Principales références dont sont issus les critères de qualité des soins critiques

Coordonnées usager

Bonjour Monsieur,

La collecte des informations concernant les critères de qualité des soins dans les unités de soins critiques s'est terminée le 15 décembre dernier auprès de 15 patients ayant fréquenté l'une des unités de soins intensifs du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Tous les critères qui ont été soumis ont été validés en termes d'Importance, de pertinence et de clarté, sauf celui portant sur des moyens autres que des médicaments pour soulager la douleur. Il n'y aura donc pas de seconde entrevue. La prochaine étape consiste à transformer ces critères en questions et à les valider auprès d'un autre groupe de patients. À cette fin, vos précieux commentaires seront pris en compte dans la formulation des questions et les suggestions faites pourront y être intégrées sans modifier le sens des critères. Ceci devrait faire partie d'un second projet de recherche qui aura lieu en fin d'année 2007 ou au début de 2008.

Votre collaboration a été essentielle à l'élaboration d'un outil qui permettra de tenir compte du point de vue des patients concernant la qualité des soins qu'ils ont reçus dans les unités de soins critiques. Je ne peux que vous remercier très sincèrement de la qualité de vos commentaires et du temps que vous avez consacré à répondre à ce questionnaire. Si vous désirez une copie des critères validés, vous n'avez qu'à communiquer avec moi au numéro ci-joint.

Je vous souhaite une excellente santé et vous prie d'agréer, M. XXXX, l'expression de mes meilleurs sentiments,

Suzanne Aucoin, Candidate au Doctorat en sciences infirmières,
Université du Québec à Chicoutimi,
555, boul. de l'Université,
Chicoutimi, Qué. G7H-2B1
(418) 545-5011 poste 5304
Téléavertisseur : [REDACTED]

Coordonnées proche

Bonjour Monsieur,

La collecte des informations concernant les critères de qualité des soins dans les unités de soins critiques s'est terminée le 11 janvier dernier auprès de 15 proches de patients ayant fréquenté l'une des unités de soins intensifs du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.

Tous les critères qui ont été soumis ont été validés en termes d'Importance, de pertinence et de clarté. Il n'y aura donc pas de seconde entrevue. La prochaine étape consiste à transformer ces critères en questions et à les valider auprès d'un autre groupe de proches. À cette fin, vos précieux commentaires seront pris en compte dans la formulation des questions et les suggestions faites pourront y être intégrées sans modifier le sens des critères. Ceci devrait faire partie d'un second projet de recherche qui aura lieu en fin d'année 2007 ou au début de 2008.

Votre collaboration a été essentielle à l'élaboration d'un outil qui permettra de tenir compte du point de vue des proches des patients concernant la qualité des soins qu'ils ont reçus dans les unités de soins critiques. Je ne peux que vous remercier très sincèrement de la qualité de vos commentaires et du temps que vous avez consacré à répondre à ce questionnaire. Si vous désirez une copie des critères validés, vous n'avez qu'à communiquer avec moi au numéro ci-joint.

Je vous souhaite une excellente santé et vous prie d'agréer, M. XXXX, l'expression de mes meilleurs sentiments,

Suzanne Aucoin, Candidate au Doctorat en sciences infirmières,
Université du Québec à Chicoutimi,
555, boul. de l'Université,
Chicoutimi, Qué. G7H-2B1
(418) 545-5011 poste 5304
Téléavertisseur : [REDACTED]

Références	Numéros des critères
(Alasad & Ahmad, 2005)	P1.4.02; P1.4.05;
(American Association of Critical Care Nurses (AACN), 2000)	1.3.01; 3.1.05; 3.1.06; 3.2.01; 3.2.06; 3.2.07; 8.2.02; 8.2.03; 8.2.04; 8.3.01; 8.3.02; 8.3.07; 8.3.08; P7.2.01; P7.2.02; P10.2.01;
(Auerbach et al., 2005)	P1.4.01; P1.4.04; P1.4.05; P1.4.06; P1.4.08; P10.1.01; P10.1.02; P10.2.01; P10.2.05; P10.2.06;
(Azoulay et al., 2001)	1.4.04 P1.4.04; P1.4.05; P1.4.06; P1.4.07; P1.4.12; P1.4.13; P1.4.15; P2.1.01; P4.1.02; P6.1.02; P7.1.01; P8.2.01; P8.2.02;
(Beckmann, Gillies, Berenholtz, Wu, & Pronovost, 2004); (Ligtenberg et al., 2005);	8.1.02;
(Benson, Rippin-Sisler, Jabusch, & Keast, 2007)	3.1.07; 3.1.08
(Canadian Association of Critical Care Nurses (CACCN), 1997)	1.1.01 ; 1.1.02 ; 1.1.03 ; 1.2.01; 1.2.02; 1.2.03; 1.2.04 ; 1.2.05 ; 1.2.06 ; 1.2.07 ; 1.2.08 ; 1.2.09 ; 1.2.11 ; 1.3.01 ; 1.3.02 ; 1.3.03; 1.3.04; 1.4.03 ; 2.1.03 ; 3.1.02 ; 3.1.05 ; 3.1.06 ; 3.1.07 ; 3.1.08 ; 3.2.01 ; 3.2.07 ; 3.2.08 ; 4.1.01 ; 4.1.02 ; 4.1.03 ; 4.1.04 ; 5.1.01 ; 6.1.01 ; 6.1.02 ; 6.1.03 ; 6.1.04 ; 7.1.01; 7.2.01 ; 7.2.02 ; 7.2.03 ; 8.1.01 ; 8.1.04 ; 8.1.06 ; 8.1.07 ; 8.2.01 ; 8.2.02 ; 8.2.03 ; 8.2.04 ; 8.2.05 ; 8.2.06 ; 8.3.01 ; 8.3.02 ; 8.3.03 ; 8.3.04; 8.3.05; 8.3.06 ; 8.3.07 ; 8.3.08 ; 9.1.01 ; 10.1.01; P1.1.01 ; P1.4.04; P1.4.05 ; P1.4.06 ; P1.4.07 ; P1.4.08 ; P1.4.09 ; P1.4.10 ; P1.4.11 ; P1.4.12 ; P1.4.13 ; P1.4.15 ; P5.1.01 ; P6.1.01 ; P6.1.02 ; P6.1.03 ; P6.1.04 ; P6.1.05 ; P7.2.01 ; P7.2.02 ; P7.2.03 ; P9.1.01 ; P10.1.01 ; P10.1.02 ; P10.1.03; U2.1.04 ;

Références	Numéros des critères
(Caine, 1989)	1.4.04; 1.4.05; 3.2.02; 6.1.03; P1.4.04; P1.4.05; P1.4.06; P1.4.07; P1.4.16; P1.4.14; P2.1.01; P6.1.01; P6.1.02; P6.1.03; P6.1.04; P6.1.05; P7.1.01; P7.1.02; P10.1.01; P10.1.02; P10.1.03; P10.2.01; P10.2.02; P10.2.03; P10.2.05; P10.2.06; U10.2.02; U10.2.03;
(Clark & Normile, 2000)	1.1.01; 1.1.02; 1.1.03;
(Clarke et al., 2003)	2.1.04; 3.1.01; 3.1.02; 3.1.03; 3.1.04; 3.1.05; 3.1.06; 3.1.07; 3.1.08; 3.1.09; 3.2.02; 4.1.04; 6.1.01; 6.1.02; 6.1.04; 8.3.02; 8.3.07; 9.1.01; 10.1.01 ; U2.1.01; U2.1.02; U2.1.03; U6.1.05; P1.4.03; P1.4.08; P1.4.16; P1.4.17; P1.4.18; P3.1.01; P3.1.02; P4.1.01; P6.1.01; P6.1.02; P6.1.03; P6.1.04; P6.1.05; P7.2.03; P9.1.01; P10.1.01 ; P10.1.02 ; P10.1.03;
(D'Amour, 2002; Dussault, 1990)	3.2.03; 3.2.04; 3.2.05; 3.2.06;
(Garland, 2005a)	1.1.01; 1.1.02; 1.1.03; 4.1.01; 4.1.02; 4.1.03; 5.1.01; 5.1.02; 5.1.03; P4.1.01; P4.1.02; P1.4.03; P1.4.04; P1.4.06; P1.4.12; P1.4.13; P2.1.01; P4.1.02 P9.1.01; P10.1.01; P10.1.02; P10.2.02;
(Gavaghan & Carroll, 2002)	1.4.04; 1.4.05; 6.1.01; 6.1.02; 6.1.03; 6.1.04; P1.4.01; P1.4.02; P1.4.11; P1.4.14; P10.2.03; P10.2.04; U10.2.02; U10.2.03;

Références	Numéros des critères
(Grenier, 1989a)	1.2.06 ; 1.2.07 ; 1.2.08 ; 1.2.10 ; 1.3.01 ; 1.3.05; 1.3.06 ; 1.3.07 ; 1.3.08 ; 2.1.01 ; 2.1.02 ; 2.1.03 ; 3.1.02 ; 3.1.03 ; 3.1.08 ; 3.1.09 ; 3.2.02 ; 3.2.03; 4.1.04; 6.1.02; 6.2.01; 8.1.03; 8.1.04; 8.1.05; 8.1.06 ; 8.1.07 ; 8.1.08; 8.1.09; 8.1.10; 8.1.11; 8.3.01; 8.3.06 ; P1.4.04; P1.4.05; P1.4.08; P1.4.09; P1.4.15 ; P2.2.01 ; P5.1.01; P6.1.01; P7.2.01 ; P7.2.02 ; P7.2.03 ; U1.3.01; U2.1.01; U2.1.02; U5.1.01; U7.1.02;
(Grenier, 1989b)	1.4.01; 1.4.02; U7.1.03; U7.1.04; U7.1.05;
(Heyland et al., 2003)	P1.4.02; P1.4.04; P1.4.05; P1.4.06; P1.4.07; P1.4.08; P1.4.09; P1.4.10; P1.4.15; P1.4.16; P3.1.01; P3.1.02; P4.1.02; P9.1.01;
(Knaus, Wagner, Zimmerman, & Draper, 1993)	4.1.01 ; 4.1.02 ; 4.1.03 ; 5.1.01 ;
(Kosco & Warren, 2000)	P1.4.02; P1.4.16; P1.4.05; P1.4.07; P1.4.10; P1.4.15; P1.4.17; P2.1.01; P8.2.01; P8.2.02; P9.1.01;
(Long & Greeneich, 1994)	6.1.01; 6.1.02; 6.1.03; 6.1.04; P1.4.01; P1.4.02; P1.4.09; P1.4.10; P1.4.11; P1.4.14; P1.4.16; P2.1.01; P3.1.01; P3.1.02; P4.1.02; P6.1.01; P6.1.02; P6.1.03; P6.1.04; P7.1.01; P7.1.02; P7.2.03; P8.2.01; P8.2.02 ;
(Medland & Ferrans, 1998)	P4.1.02;
(Meyers et al., 2000; Mian, Warchal, Whitney, Fitzmaurice, & Tancredi, 2007)	P10.2.04
(Pronovost et al., 2003)	4.1.01; 4.1.02; 4.1.03; 5.1.01; 5.1.02; 5.1.03; 8.1.04; P4.1.02;
(Turnock & Kelleher, 2001)	U7.1.03; U7.1.04; U7.1.05;
(Williams & Murphy, 1991)	2.1.04; U2.1.01;

Appendice P

Résultats de la validation nominale des critères de qualité des soins critiques au plan de la clarté, de l'importance et de la pertinence de ceux-ci, regroupés par dimension et commentaires pour les informateurs clés professionnels

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères d'accessibilité

# des critères							Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu
	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	1	2	3	4	IVC
1.1.01_C*	2	3,43	0,85	4,00	4	85,71	0	3	2	9	0,79
1.1.01_I*	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
1.1.01_P*	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
1.1.02_C	3	3,77	0,44	4,00	4	94,23	0	0	3	10	1,00
1.1.02_I	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
1.1.02_P	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
1.1.03_C	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
1.1.03_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
1.1.03_P	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
1.2.01_C	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
1.2.01_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
1.2.01_P	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
1.2.02_C	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93
1.2.02_I	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93
1.2.02_P	2	3,64	0,74	4,00	4	91,07	0	2	1	11	0,86
1.2.03_C	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
1.2.03_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
1.2.03_P	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
1.2.04_C	2	3,79	0,58	4,00	4	94,64	0	1	1	12	0,93
1.2.04_I	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
1.2.04_P	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
1.2.05_C	3	3,92	0,29	4,00	4	97,92	0	0	1	11	1,00
1.2.05_I	3	3,75	0,45	4,00	4	93,75	0	0	3	9	1,00
1.2.05_P	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	4	8	1,00
1.2.06_C	2	3,71	0,80	4,00	4	92,86	0	2	0	12	0,86
1.2.06_I	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
1.2.06_P	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	14	1,00
1.2.07_C	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93
1.2.07_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
1.2.07_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
1.2.08_C	2	3,79	0,58	4,00	4	94,64	0	1	1	12	0,93
1.2.08_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
1.2.08_P	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
1.2.09_C	2	3,29	0,91	4,00	4	82,14	0	4	2	8	0,71
1.2.09_I	3	3,43	0,51	3,00	4	85,71	0	0	8	6	1,00
1.2.09_P	2	3,21	0,70	3,00	4	80,36	0	2	7	5	0,86

Légende : c* clarté; i* importance; p* pertinence

Les résultats discordants entre les deux méthodes de validation et les critères non validés sont en grisé

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères d'accessibilité (suite)

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
1.2.10_C	2	3,43	0,85	4,00	4	85,71	0	3	2	9	0,79
1.2.10_I	3	3,64	0,50	4,00	4	91,07	0	0	5	9	1,00
1.2.10_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
1.2.11_C	2	3,69	0,63	4,00	4	92,31	0	1	2	10	0,92
1.2.11_I	3	3,64	0,50	4,00	4	91,07	0	0	5	9	1,00
1.2.11_P	2	3,43	0,76	4,00	4	85,71	0	2	4	8	0,86
1.3.01_C	2	3,77	0,60	4,00	4	94,23	0	1	1	11	0,92
1.3.01_I	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	13	1,00
1.3.01_P	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	13	1,00
1.3.02_C	2	3,58	0,67	4,00	4	89,58	0	1	3	8	0,92
1.3.02_I	3	3,75	0,46	4,00	4	93,75	0	0	3	9	1,00
1.3.02_P	3	3,82	0,40	4,00	4	95,45	0	0	2	9	1,00
1.3.03_C	2	3,67	0,78	4,00	4	91,67	0	2	0	12	0,86
1.3.03_I	3	3,92	0,29	4,00	4	97,92	0	0	1	11	1,00
1.3.03_P	3	3,92	0,29	4,00	4	97,92	0	0	1	11	1,00
1.3.04_C	2	3,75	0,62	4,00	4	93,75	0	1	1	10	0,92
1.3.04_I	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	12	1,00
1.3.04_P	3	3,92	0,29	4,00	4	97,92	0	0	1	11	1,00
1.3.05_C	2	3,58	0,67	4,00	4	89,58	0	1	3	8	0,92
1.3.05_I	3	3,92	0,28	4,00	4	98,08	0	0	1	12	1,00
1.3.05_P	3	3,92	0,28	4,00	4	98,08	0	0	1	12	1,00
1.3.06_C	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
1.3.06_I	3	3,57	0,51	4,00	4	89,29	0	0	8	6	1,00
1.3.06_P	3	3,57	0,51	4,00	4	89,29	0	0	8	6	1,00
1.3.07_C	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	,93
1.3.07_I	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	14	1,00
1.3.07_P	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
1.3.08_C	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93
1.3.08_I	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
1.3.08_P	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
1.4.01_C	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93
1.4.01_I	2	3,50	0,65	4,00	4	87,50	0	1	5	8	0,93
1.4.01_P	2	3,57	0,646	4,00	4	89,29	0	1	4	9	0,93
1.4.02_C	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
1.4.02_I	3	3,50	0,52	3,50	4	87,50	0	0	7	7	1,00
1.4.02_P	3	3,50	0,52	3,5	4	87,50	0	0	7	7	1,00
1.4.03_C	2	3,50	0,86	4,00	4	87,50	0	3	1	10	0,79
1.4.03_I	2	3,31	0,63	3,00	4	82,69	0	1	7	5	0,92
1.4.03_P	2	3,31	0,63	3,00	4	82,69	0	1	7	5	0,92

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères d'accessibilité (suite)

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
1.4.04_C	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
1.4.04_I	3	3,57	0,51	4,00	4	89,29	0	0	8	6	1,00
1.4.04_P	3	3,64	0,50	4,00	4	91,07	0	0	9	5	1,00
1.4.05_C	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
1.4.05_I	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
1.4.05_P	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères de confort

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
2.1.01_C	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
2.1.01_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
2.1.01_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
2.1.02_C	2	3,79	0,58	4,00	4	94,64	0	1	1	12	0,99
2.1.02_I	3	3,64	0,48	4,00	4	91,07	0	0	5	9	1,00
2.1.02_P	1	3,43	0,85	4,00	4	85,71	1	0	5	8	1,00
2.1.03_C	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
2.1.03_I	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
2.1.03_P	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
2.1.04_C	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,99
2.1.04_I	3	3,57	0,51	4,00	4	89,29	0	0	6	8	1,00
2.1.04_P	3	3,57	0,51	4,00	4	89,29	0	0	6	8	1,00

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères de continuité

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
3.1.01_C	2	3,57	0,76	4,00	4	89,29	0	2	2	10	0,86
3.1.01_I	2	3,21	0,70	3,00	4	80,36	0	2	7	5	0,86
3.1.01_P	2	3,29	0,73	3,00	4	82,14	0	2	6	6	0,86
3.1.02_C	2	3,71	0,73	4,00	4	92,86	0	2		12	0,86
3.1.02_I	3	3,86	0,37	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
3.1.02_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères de continuité (suite)

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
3.1.03_C	2	3,71	0,73	4,00	4	92,86	0	2	0	12	0,86
3.1.03_I	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93
3.1.03_P	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93
3.1.04_C	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
3.1.04_I	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
3.1.04_P	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
3.1.05_C	3	3,77	0,44	4,00	4	94,23	0	0	3	10	1,00
3.1.05_I	2	3,62	0,65	4,00	4	90,38	0	1	3	9	0,92
3.1.05_P	3	3,77	0,44	4,00	4	94,23	0	0	3	10	1,00
3.1.06_C	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
3.1.06_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
3.1.06_P	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
3.1.07_C	2	3,54	0,88	4,00	4	88,46	0	3	0	10	0,77
3.1.07_I	2	3,77	0,60	4,00	4	94,23	0	1	1	11	0,92
3.1.07_P	2	3,77	0,60	4,00	4	94,23	0	1	1	11	0,92
3.1.08_C	2	3,43	0,85	4,00	4	85,71	0	3	2	9	0,79
3.1.08_I	2	3,36	0,74	3,50	4	83,93	0	2	5	7	0,86
3.1.08_P	2	3,29	0,73	3,00	4	82,14	0	2	6	6	0,86
3.1.09_C	2	3,79	0,58	4,00	4	94,64	0	1	1	12	0,93
3.1.09_I	3	3,64	0,50	4,00	4	91,07	0	0	5	9	1,00
3.1.09_P	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93
3.2.01_C	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93
3.2.01_I	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
3.2.01_P	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93
3.2.02_C	3	3,77	0,44	4,00	4	94,23	0	0	3	10	1,00
3.2.02_I	2	3,54	0,66	4,00	4	88,46	0	1	4	8	0,92
3.2.02_P	3	3,62	0,51	4,00	4	90,38	0	0	5	8	1,00
3.2.03_C	2	3,64	0,74	4,00	4	91,07	0	2	1	11	0,86
3.2.03_I	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
3.2.03_P	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	1,00
3.2.04_C	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
3.2.04_I	2	3,57	0,65	4,00	4	89,29	0	1	4	9	0,93
3.2.04_P	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères de continuité (suite)

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
3.2.05_C	3	3,92	0,28	4,00	4	98,08	0	0	1	12	1,00
3.2.05_I	3	3,69	0,48	4,00	4	92,31	0	0	4	9	1,00
3.2.05_P	3	3,77	0,44	4,00	4	94,23	0	0	3	10	1,00
3.2.06_C	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
3.2.06_I	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93
3.2.06_P	2	3,36	0,84	4,00	4	83,93	0	3	3	8	0,79
3.2.07_C	3	3,77	0,44	4,00	4	94,23	0	0	3	10	1,00
3.2.07_I	3	3,46	0,52	3,00	4	86,54	0	0	7	6	1,00
3.2.07_P	2	3,46	0,66	4,00	4	86,54	0	1	5	7	0,92
3.2.08_C	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93
3.2.08_I	2	3,43	0,65	3,50	4	85,71	0	1	6	7	0,93
3.2.08_P	2	3,57	0,65	4,00	4	89,29	0	1	4	9	0,93

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères d'efficacité

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
4.1.01_C	1	3,29	0,99	4,00	4	82,14	1	2	3	8	0,79
4.1.01_I	2	3,21	0,58	3,00	4	80,36	0	1	9	4	0,93
4.1.01_P	2	3,29	0,61	3,00	4	82,14	0	1	8	5	0,93
4.1.02_C	2	3,57	0,65	4,00	4	89,29	0	1	4	9	0,93
4.1.02_I	3	3,43	0,51	3,00	4	85,71	0	0	8	6	1,00
4.1.02_P	3	3,50	0,52	3,50	4	87,50	0	0	7	7	1,00
4.1.03_C	2	3,57	0,65	4,00	4	89,29	0	1	4	9	0,93
4.1.03_I	2	3,36	0,63	3,00	4	83,93	0	1	7	6	0,93
4.1.03_P	3	3,50	0,52	3,50	4	87,50	0	0	7	7	1,00
4.1.04_C	2	3,71	0,73	4,00	4	92,86	0	2	0	12	0,86
4.1.04_I	3	3,92	0,28	4,00	4	98,08	0	0	1	12	1,00
4.1.04_P	3	3,92	0,28	4,00	4	98,08	0	0	1	12	1,00

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères d'efficience

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
5.1.01_C	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	1,00
5.1.01_I	3	3,50	0,52	3,50	4	87,50	0	0	7	7	1,00
5.1.01_P	3	3,50	0,52	3,50	4	87,50	0	0	7	7	1,00
5.1.02_C	2	3,64	0,74	4,00	4	91,07	0	2	1	11	0,86
5.1.02_I	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
5.1.02_P	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
5.1.03_C	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
5.1.03_I	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
5.1.03_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères d'empathie

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
6.1.01_C	2	3,50	0,85	4,00	4	87,50	0	3	1	10	0,79
6.1.01_I	3	3,62	0,51	4,00	4	90,38	0	0	5	8	1,00
6.1.01_P	3	3,62	0,51	4,00	4	90,38	0	0	5	8	1,00
6.1.02_C	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93
6.1.02_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
6.1.02_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
6.1.03_C	2	3,54	0,66	4,00	4	88,46	0	1	4	8	0,92
6.1.03_I	3	3,62	0,51	4,00	4	90,38	0	0	5	8	1,00
6.1.03_P	3	3,54	0,52	4,00	4	88,46	0	0	6	7	1,00
6.1.04_C	2	3,50	0,76	4,00	4	87,50	0	2	3	9	0,86
6.1.04_I	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
6.1.04_P	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères de respect

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
7.1.01_C	1	3,50	0,86	4,00	4	87,50	1	0	4	9	0,93
7.1.01_I	2	3,21	0,70	3,00	4	80,36	0	2	7	5	0,86
7.1.01_P	2	3,21	0,80	3,00	4	80,36	0	3	5	6	0,79
7.2.01_C	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93
7.2.01_I	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
7.2.01_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
7.2.02_C	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
7.2.02_I	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
7.2.02_P	2	3,79	0,58	4,00	4	94,64	0	1	1	12	0,93
7.2.03_C	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
7.2.03_I	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
7.2.03_P	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères de fiabilité

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
8.1.01_C	2	3,79	0,58	4,00	4	94,64	0	1	1	12	0,93
8.1.01_I	3	3,50	0,52	3,50	4	87,50	0	0	7	7	1,00
8.1.01_P	3	3,57	0,51	4,00	4	89,29	0	0	6	8	1,00
8.1.02_C	2	3,57	0,65	4,00	4	89,29	0	1	4	9	0,93
8.1.02_I	3	3,57	0,51	4,00	4	89,29	0	0	6	8	1,00
8.1.02_P	2	3,50	0,65	4,00	4	87,50	0	1	5	8	0,93
8.1.03_C	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93
8.1.03_I	2	3,50	0,65	4,00	4	87,50	0	1	5	8	0,93
8.1.03_P	2	3,46	0,66	4,00	4	86,54	0	1	5	7	0,92
8.1.04_C	2	3,50	0,85	4,00	4	87,50	0	3	1	10	0,79
8.1.04_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
8.1.04_P	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.1.05_C	2	3,79	0,58	4,00	4	94,64	0	1	1	12	0,93
8.1.05_I	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.1.05_P	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
8.1.06_C	2	3,38	0,77	4,00	4	84,62	0	2	4	7	0,85
8.1.06_I	2	3,50	0,65	4,00	4	87,50	0	1	5	8	0,93
8.1.06_P	2	3,43	0,76	4,00	4	85,71	0	2	4	8	0,86

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères de fiabilité (suite)

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
8.1.07_C	2	3,46	0,78	4,00	4	86,54	0	2	3	8	0,85
8.1.07_I	2	3,08	0,76	3,00	4	76,92	0	3	6	4	0,77
8.1.07_P	2	3,15	0,80	3,00	4	78,85	0	3	5	5	0,77
8.1.08_C	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93
8.1.08_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
8.1.08_P	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.1.09_C	2	3,69	0,63	4,00	4	92,31	0	1	2	10	0,92
8.1.09_I	3	3,57	0,51	4,00	4	89,29	0	0	6	8	1,00
8.1.09_P	2	3,46	0,66	4,00	4	86,54	0	1	5	7	0,92
8.1.10_C	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93
8.1.10_I	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.1.10_P	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.1.11_C	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93
8.1.11_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
8.1.11_P	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
8.2.01_C	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
8.2.01_I	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
8.2.01_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
8.2.02_C	2	3,64	0,63	4,00	4	91,07	0	1	3	10	0,93
8.2.02_I	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
8.2.02_P	3	3,79	0,47	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
8.2.03_C	2	3,71	0,60	4,00	4	92,86	0	1	2	11	0,93
8.2.03_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
8.2.03_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
8.2.04_C	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	4	8	1,00
8.2.04_I	3	3,42	0,51	3,00	4	85,42	0	0	7	5	1,00
8.2.04_P	3	3,50	0,52	3,50	4	87,50	0	0	6	6	1,00
8.2.05_C	2	3,71	0,61	4,00	4	92,86	0	1	3	11	0,93
8.2.05_I	2	3,36	0,74	3,50	4	83,93	0	2	5	7	0,86
8.2.05_P	2	3,36	0,74	3,50	4	83,93	0	2	5	7	0,86
8.2.06_C	2	3,85	0,55	4,00	4	96,15	0	1	0	12	0,92
8.2.06_I	2	3,46	0,66	4,00	4	86,54	0	1	5	7	0,92
8.2.06_P	1	3,21	0,97	3,50	4	80,36	1	2	4	7	0,79
8.3.01_C	2	3,79	0,58	4,00	4	94,64	0	1	1	12	0,93
8.3.01_I	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.3.01_P	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
8.3.02_C	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.3.02_I	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.3.02_P	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00

Résultats des informateurs clés professionnels pour les critères de fiabilité (suite)

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
8.3.03_C	3	3,77	0,44	4,00	4	94,23	0	0	3	10	1,00
8.3.03_I	3	3,85	0,38	4,00	4	96,15	0	0	2	11	1,00
8.3.03_P	1	3,54	0,88	4,00	4	88,46	1	0	3	9	0,92
8.3.04_C	3	3,69	0,48	4,00	4	92,31	0	0	4	9	1,00
8.3.04_I	1	3,62	0,87	4,00	4	90,38	1	0	3	10	0,93
8.3.04_P	1	3,46	1,13	4,00	4	86,54	2	0	1	10	0,85
8.3.05_C	2	3,43	0,77	4,00	4	85,71	0	2	4	8	0,86
8.3.05_I	1	3,46	0,97	4,00	4	86,54	1	1	2	9	0,85
8.3.05_P	1	3,31	1,18	4,00	4	82,69	2	1	1	9	0,77
8.3.06_C	2	3,38	0,77	4,00	4	84,62	0	2	4	7	0,85
8.3.06_I	1	3,54	0,97	4,00	4	88,46	1	1	1	10	0,85
8.3.06_P	1	3,31	1,18	4,00	4	82,69	2	1	1	9	0,79
8.3.07_C	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
8.3.07_I	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.3.07_P	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.3.08_C	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
8.3.08_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
8.3.08_P	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00

Résultats des informateurs clés professionnels pour le critère de pertinence

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
9.1.01_C	2	3,57	0,76	4,00	4	89,29	0	2	2	10	0,86
9.1.01_I	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
9.1.01_P	2	3,79	0,58	4,00	4	94,64	0	1	1	12	0,93

Résultats des informateurs clés professionnels pour le critère de responsabilisation

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
10.1.01_C	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
10.1.01_I	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
10.1.01_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00

Commentaires des informateurs clés professionnels

1.1.01

De mentionner qui sont les autorités compétentes.

Et sont connus des équipes médicales (malgré le critère 1.1.02).

Et mis en application par le responsable médical de l'unité. "Autorités compétentes".

Il serait plus clair si on apportait une précision à "autorités compétentes". Les médecins ont tendance à accepter un usager aux SI sur la seule perspective médicale sans tenir compte ni du chef d'unité des SI, ni de l'état global de l'usager ou de sa volonté.

Autorités compétentes à préciser ou à définir. Critères stricts à déterminer pour certains types de patients et ou pathologie: pronostic vital "surtout"

Autorités compétentes : précisions quant à celles-ci: médecin, DSP, etc

Devraient être référés également au CMDP.

Cela évite la confusion ex: admettre un pt qui pourrait être dirigé vers un étage alors qu'à l'urgence un patient y reste faute d'avoir un lit.

1.1.02

En lien avec le critère 9.1.01 et conformément au niveau de soins établi.

À l'aide des critères d'admission.

« Valide l'admissibilité ». Devrait-on spécifier admissibilité médicale (en terme de Dx) admissibilité administrative (en terme de disponibilité de lit et de ressources).

Doit se rapporter au critère 1.1.01

Pour même raison que 1.1.01

Les situations en soins critiques sont complexes et l'évaluation risque d'être biaisée lorsque le médecin traitant valide lui-même l'admissibilité. De plus, il est exposé à des situations délicates en lien avec la famille et les proches.

******Un coordonnateur médical devrait valider l'admissibilité de l'usager avec le médecin traitant.

Critères 1.1.01 - 1.1.02

Il importe que les critères soient appliqués aussi. Cette distinction pourrait être ajoutée au critère 1.1.01 ou 1.1.02. Je ne le vois pas dans les 2.

1.1.03

« Peut être rendu disponible sans délai »

« Sans délai » me semble utopique dans le contexte actuel. Le terme délai raisonnable ou court délai me semblerait plus approprié.

Délai devrait être raisonnable.

Dans la réalité, ce lit peut être libéré, mais avec un délai. Sans délai : situation idéale mais pas réelle.

Sans délai : Le délai devrait être décrit avec une norme spécifiant un temps raisonnable.

******Un lit de soins critiques est disponible à l'intérieur du délai inscrit dans la norme ou la procédure déterminée par les autorités compétentes.

1.2.01

« Ventilation positive ou négative » puisque les nouvelles normes exigent des systèmes distincts.

Il faut faire attention : pression négative ou pression positive- l'appareil qui fait les 2 n'est pas recommandé.

La présence d'une toilette a peut-être moins d'importance.

1.2.02

Le lien entre ce critère et la norme 1.2 m'apparaît moins pertinent. Il ne s'agit pas, à mon avis, de matériel et d'équipement nécessaires mais plutôt d'un aspect de sécurité des soins (norme 8.1).

Commentaires : « a une vision directe ». On veut dire que l'on peut voir l'utilisateur en tout temps, qu'aucun obstacle n'obstrue la vue. Revoir la formulation.

Plus ou moins important selon le type de clientèle. Ex : très important en chirurgie cardiaque re : risque élevé d'hémorragie en post-op. Peu important en médecine si usager long terme-pneumonie. Aujourd'hui, on peut visualiser le monitoring hémodynamique à distance donc une vision indirecte de l'utilisateur.

Devrait avoir une... Configuration USC ne le permet pas toujours.

Par vision directe, faut-il entendre que le personnel infirmier reste dans la chambre quand la vision directe du poste est impossible?

1.2.03

À aborder sous l'angle de la sécurité (norme 8.1). L'espace disponible dans chaque aire individuelle permet la prestation sécuritaire des soins.

Malheureusement, pas toujours possible.

Ce critère doit être pris en considération dès qu'il y a réaménagement d'unité de SC.

1.2.04

Système électrique de relais est primordial.

Le critère parle d'abord d'éclairage à l'USC mais la suite réfère à l'éclairage dans la chambre de l'utilisateur. Dans les environnements « guérissants », la lumière dans l'unité est importante mais davantage pour le personnel. Je préciserais donc : L'éclairage dans chaque chambre de l'USC est adéquat en tout temps.

1.2.05

Serait-il pertinent d'inclure dans le questionnaire des patients : Si le patient sait se servir de la cloche d'appel, ou est-ce qu'on lui a montré comment s'en servir?

On entend un système d'appel en cas d'urgence et au « besoin »?? pour les proches.

Devrait-on préciser « un système d'appel compatible avec les besoins des usagers » Ex : tétraplégique : cloche qui sonne à la pression de la tête.

Certaines unités ont un fonctionnement tel que le système d'appel est rarement utilisé.

Ex: infirmière 1/1 avec poste de travail en face de l'utilisateur.

À préciser. Quel système de communication? Cloche? Appel?

1.2.06

Devrait-on ajouter bombonne d'O₂?

Devrait-on dire cardiostimulateur externe non invasif au lieu d'entraîneur...

Plutôt que d'énumérer les équipements nécessaires, référer à la présence d'équipements conformément à la liste établie dans la procédure de réanimation et mise à jour fréquemment selon les données probantes etc. Autrement, la liste ne sera jamais assez exhaustive (il faudrait ajouter les dispositifs de capnographie).

Commentaire : Pace externe n'est pas toujours présent car jamais utilisé dans certaines USI selon la clientèle.

Difficile d'aller en bas de ces demandes.

1.2.07

Une cloche d'appel

Tubes à succion

Encore ici, l'énumération d'une liste exhaustive m'apparaît limitative. Ainsi, en chirurgie cardiaque, 2 prises pour suctions murales seraient insuffisantes. Faudrait-il également y ajouter les pompes volumétriques? Que la liste du matériel de base de chaque chevet soit adoptée et mise à jour régulièrement. Que cet équipement soit disponible en quantité suffisante.

Ajouts : On retrouve « minimalement » à chaque chevet.

2 sorties pour succion, c'est souvent trop peu.

2 sorties de succion est limite. La plupart des usagers aux SI ont besoin de 3 sorties et plus : tubes nasogastriques, drains-succions et etc. Ajouts : Nécessaire pour dispositif lavage de mains (gel).

Distributeur de gants non stériles (S-M-L).

Plutôt : 2 sorties d'air comprimé, 3 sorties pour suctions. Pour les centre où ils font hémodialyse, ne pas oublier prises électriques et connections pour machine à hémodialyse.

1.2.08

Le matériel de réanimation cardio-respiratoire.

La liste non limitative pourrait être allégée afin de la rendre plus inclusive : équipement d'assistance ventilatoire, de monitoring, d'administration de la médication...nécessaires à la dispensation des soins offerts.

Ajouter ultrafiltration

L'équipement pour la prise de la température devrait être de base.

Je suggère utiliser le terme ventilateur biphasique au lieu de Bipap dans le libellé; car bipap fait référence à une marque et non pas à un type de ventilation...

1.2.09

Comment peut-on vérifier ce critère?

Le système de ventilation au lieu de la ventilation?

Plutôt que de référer à « la possibilité de faire des échanges » utiliser les termes utilisés en ventilation qui réfèrent au nombre suffisant de changements d'air. À placer dans la norme 2.1.

Ceci est régi par les normes gouvernementales. L'humidité contrôlée n'est pas dans les normes pour les USI à ma connaissance, l'échange avec l'air frais oui ainsi que la température.

Il serait peut-être plus précis d'utiliser le terme "échange d'air frais" ou circulation d'air par système fermé avec l'air frais extérieur.

Avec l'air frais extérieur, on pourrait penser que le personnel peut ouvrir la fenêtre, ce qui est impossible dans les SI puisque les fenêtres sont scellées.

C'est bon à condition de maintenir une température et un taux d'humidité constant à l'intérieur d'une marge préalablement déterminée. Pour qui? Le client, le personnel, le bon fonctionnement des équipements?

1.2.10

Délai raisonnable : pour le plus rapidement possible. Précision sur délai raisonnable.

Pour les équipements les plus critiques, des plans de relève sont disponibles et efficaces, incluant la disponibilité d'équipement de relève.

Dépend également de la disponibilité d'un équipement de remplacement.

L'équipement défectueux est réparé à l'intérieur des délais sécuritaires selon une procédure déterminée par les autorités compétentes. Cette procédure devrait être adaptée en fonction de chaque appareil et devrait comprendre des mesures de relève (location, prêt, transfert du client) afin d'éviter toute rupture de service.

1.2.11

Précision sur « à proximité ». Peu importe où c'est dans l'établissement, on est à proximité.

Salle d'accueil bien adaptée.

Des salons permettant des rencontres avec les proches et les intervenants sont facilement accessibles et disponibles.

Ce critère me semble plus en lien avec la norme 2.1 et la norme 6.1.

Est-ce que cette salle doit être juxtaposée aux USC?

Le volet de la « proximité » est plus ou moins pertinent.

1.3.01

Devrait-on ajouter est évalué et inscrit dès son arrivée?

Préciser ce que l'évaluation initiale doit minimalement comporter.

Dès son arrivée pourrait être mis en gras.

1.3.02

Ce critère pourrait-il être regroupé avec le critère 8.3.03 en ajoutant « ou lors de toute modification importante de son état de santé ». Ce dernier aspect m'apparaît plus spécifique à la présente norme qu'avec la norme 8.3.

Question : Qui juge du moment opportun et qu'est-ce qu'un moment opportun? Définir intervenants. Est-ce les consultants médicaux ou cela inclue-t-il les intervenants de l'équipe interdisciplinaire : physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social...

J'ai de la difficulté avec ce critère car on n'avise pas les intervenants après l'arrivée du patient. Quand il y a de nouvelles consultations, le suivi est fait. Si le patient est vu à l'urgence, le médecin poursuit son suivi à l'USC. Je ne vois pas trop ce qu'on veut mesurer.

1.3.03

Précision sur délai raisonnable.

Même remarque qu'au critère précédent. Le parallèle est à faire avec le critère 8.3.04.

Parle-t-on pour la première visite ou cela inclue-t-il le suivi par un intervenant?

Monde idéal!

Les intervenants concernés donnent des soins selon une fréquence déterminée en fonction de l'état clinique de l'utilisateur ou d'une norme de profession.

1.3.04

Pas de commentaire du professionnel mais j'imagine que c'est l'aspect meilleurs délais qui est ambigu...

Même remarque que précédemment, le parallèle est à faire avec le critère 8.3.05

Par l'équipe multi, par le médecin?

Meilleur délai : le meilleur délai pour obtenir une prescription, c'est le temps de réponse nécessaire pour obtenir une communication avec le médecin traitant.

Le médecin traitant est disponible pour prescrire les traitements requis à l'intérieur des délais déterminés selon une procédure adaptée à l'état clinique du client.

Ex: Le délai d'intervention pour une césarienne d'urgence est de 30 minutes pour l'équipe du bloc.

1.3.05

Doit-on dire traitements ou interventions?

Délai raisonnable pour le plus tôt possible?

Même remarque que critère 1.3.02. En lien avec le critère 8.3.06.

Suite à l'évaluation (1.3.01)?

Les traitements sont initiés en fonction de l'état clinique de l'utilisateur en respectant la prescription (stat, PRN, q 2 hres, etc.).

1.3.06

Le service de brancardage arrive dans un délai raisonnable.

À Québec, on parle plutôt de service de brancarderie.

Là, il y a un problème.

Le service est requis pour examens en urgence. Pour transfert, on peut noter « important », tout dépend de la demande.

Le service de brancardage est disponible et respecte les délais établis selon une procédure de priorisation.

1.3.07

Délai acceptable pour aussi rapidement que possible.

Diagnostiques.

Insister plus pour le labo. Service directement accessible serait l'idéal.

Les services diagnostics sont assurés à l'intérieur des délais établis selon une procédure de priorisation.

1.3.08

Pour l'uniformité, référer aux « résultats des examens diagnostiques » plutôt qu'à des « tests ».

Au moment opportun? Suggestion : Les résultats sont disponibles dans un délai raisonnable.

Insister plus sur ce fait.

Il est parfois très long d'avoir le résultat d'imagerie quand le PACS n'est pas implanté. Les rapports prennent plusieurs jours avant d'être disponibles donc un délai raisonnable m'apparaît plus clair que « moment opportun ».

Les résultats sont disponibles à l'intérieur des délais établis selon une procédure de priorisation.

1.4.01

Les principaux obstacles à la communication réfèrent davantage aux dimensions 6 et 10. Il serait intéressant de formuler un critère sur le modèle du critère 8.3.03 : L'utilisateur et ses proches sont informés au moment opportun de toute modification importante de son état de santé".

Notés au dossier et au plan de soins et à l'aide d'une indication au chevet de l'utilisateur.

1.4.02

Sont utilisés et inscrits au plan de soins.

1.4.03

La liste d'interprètes peut être disponible alors que les interprètes ne le sont pas. Il serait préférable d'utiliser le terme « un interprète est disponible dans un délai raisonnable »...

On entend quoi par moment opportun?

Difficile d'application dans une région où le taux de français est environ de 98 % (plus qu'en France!)

1.4.04

Et sont expliqués aux proches

Les consignes pertinentes aux visites ou au séjour de l'usager à l'unité. Apporter précision car je crois qu'on parle de consignes comme les effets personnels.

2.1.01

Incluant les salles d'attente et les salons

** Tous les locaux de l'USC sont propres et entretenus selon les recommandations de la prévention des infections.

2.1.02

Cet aspect me semble englobé par le critère 2.1.01

On devrait noter au minimum 2 fois par jour et au besoin.

2.1.03

Important, mais vraiment difficile à réaliser.

2.1.04

D'accord pour les alarmes inutiles, mais il est impensable de désactiver des alarmes sur des ventilateurs de SI. Nous devons être avisés de toutes situations anormales chez l'usager.

Ajouter : tout en assurant la sécurité.

3.1.01

Que considères-tu comme la plus longue période (2 jours, 3, 4 etc).

Manque de précision : pendant la plus longue période possible. Peut-être que cette période possible ne représente que 8 heures durant quelques jours.

Suggère : Il existe une préoccupation d'attribuer les mêmes intervenants à l'usager durant son séjour.

« Mêmes intervenants » trop vague puisque cela inclut tous les intervenants inf/inhalo/physio/intensiviste...ce qui me semble utopique. Étant donné que l'infirmière coordonne les soins et est présente J-S-N, je crois qu'il serait préférable de préciser l'intervenant . ex: les soins sont coordonnés par les mêmes infirmières pendant la plus longue période possible.

Idéalement

Ceci serait l'idéal! Mais avec des équipes plus "junior", la réorganisation est de mise.

Important mais vraiment difficile à réaliser. Si impossible à réaliser, on doit s'assurer qu'il y a une transmission d'information entre les intervenants pour s'assurer du continuum des soins.

3.1.02

L'état de l'utilisateur est évalué dès le début du service par l'intervenant qui en a la responsabilité et consigné au dossier au moment opportun. Ex: plusieurs notes en SI sont du type à cocher. Les éléments de l'état de l'utilisateur jugés anormaux sont notés immédiatement et réfèrent à un descriptif tandis que les éléments normaux sont réévalués tout au long du quart de travail et consignés à la fin si toujours normaux.

L'état de l'utilisateur est évalué et consigné au dossier dès le début du service par les intervenants qui en ont la responsabilité.

3.1.03

Ne devrait-on pas ajouter et ce, sur les 3 quarts de travail! ou Ces ordonnances sont vérifiées sur chaque service!

Perception peut varier selon le professionnel visé. ex: modification des Rx de médicaments versus plan de soins infirmiers : pas la même priorité.

En lien avec le respect de l'ordonnance et la communication (1.3.05)

3.1.04

Rapidement acheminés et rapidement traités.

Les réponses doivent être rapides pour répondre à la continuité.

Et rapidement traité par ceux-ci

3.1.05

À préciser quelles informations et définir proches.

3.1.06

Au dossier de l'utilisateur.

3.1.07

Un rapport concernant l'état de l'utilisateur est transmis entre les intervenants « qui complètent » leur quart de travail et ceux qui le débutent, selon les modalités établies dans l'USC.

Il existe des unités où il n'y a pas de rapport écrit. Ils sont seulement verbaux.

Un rapport concernant l'état de l'utilisateur est effectué de façon écrite et complété par écrit ou verbalement seulement lors des changements...

Serait préférable d'indiquer : un rapport est rédigé pour le responsable du service? Un rapport verbal complet à l'intervenant qui prendra la charge de l'utilisateur.

Lors du changement de quart de travail, les intervenants transmettent un rapport en équipe interdisciplinaire.

3.1.08

À intégrer dans le critère 3.1.07 en fonction de la modification proposée.
 Il serait plus pertinent d'utiliser : tout au long du service...qui collaborent aux soins.
 Beaucoup « d'intervenants » dans la même phrase. Dur à lire.
 Intervenant responsable à préciser.
 Tout dépend de la formule de prestation de soins.

3.1.09

Est-il pertinent que le nom de la personne qui reçoit le rapport apparaisse au dossier?

3.2.01

Peu pertinent dans certains cas et très pertinent dans d'autres cas. Il faudrait nuancer le critère selon les patients. Il y a des USI où l'équipe inter, c'est médecin, infirmière et inhalo seulement. Fait-on un PTI?
 Suggère : lorsque l'état de l'usager le requiert.
 J'ajouterais « est rédigé lorsque requis ». Certains ont des plans de soins standardisés en raison du suivi systématique des clientèles. Ces plans de soins mentionnent tous les éléments attendus et ne nécessitent qu'une rédaction supplémentaire si l'usager déroge du SSC.
 Sous quelle responsabilité?

3.2.02

Modifier pour : sont tenues pour les usagers dont l'état le requiert.
 Excellent critère.
 À quel niveau? Md, physio, inhalo, etc...

3.2.03

Cet aspect semble mieux considéré par les critères 3.2.02, 3.2.03 et 3.2.05.
 Les intervenants ne sont pas toujours sur place lors de la visite médicale. L'infirmière étant la coordonnatrice des soins 24/24, ne devrait-on pas inscrire : l'infirmière est invitée à apporter son...lors de la visite médicale et au besoin.

3.2.04

3.2.04-05-06 Selon un sondage effectué auprès du personnel une fois par année.
 Absent= devraient. Souhaitable pour les nouveaux intervenants.

3.2.05

Peut amener un débat!

3.2.06

Pertinence avec dimension « continuité »?

3.02.07

Dimension 3: continuité?

À préciser.

En tenant compte des besoins exprimés par le personnel.

3.2.08

Avec quels objectifs? Discussions de cas, clinico-administratif, projet, recherche?

Mandat du Comité est défini comment? Portée de ses recommandations? Peut influencer les réponses.

4.1.01

Est-ce fait?

Bien qu'un comité interdisciplinaire de soins critiques soit souhaité (conformément au critère 3.2.08), son absence ne devrait pas empêcher de répondre partiellement à ce critère dans la mesure où les informations sont acheminées à certaines instances alternatives. Reformuler ainsi : « est acheminé aux personnes responsables ».

Je crois que les 2 éléments qui suivent 4.1.02 et 4.1.03 répondent mieux à cette dimension. Je trouve que 4.1.01 englobe les 2 autres donc est redondant.

Pas facile à appliquer quand la clientèle est diversifiée.

4.1.01-.02-03 Les résultats sont transmis à tous les intervenants concernés par les soins critiques.

4.1.02

Même remarque qu'au critère 4.1.01.

Pas facile non plus.

4.1.03

Même commentaire qu'au critère 4.1.01

4.1.04

Excellent critère.

Pas toujours évident!

5.1.01

À défaut de comité interdisciplinaire, le taux est compilé et transmis aux intervenants responsables? aux autorités compétentes? au coordonnateur médical des soins intensifs?

5.1.02

Ce même critère pourrait être repris avec la même formulation pour les 4 types d'événements négatifs indiqués. Les complications pourraient également faire l'objet d'un critère du même genre.

Ce ne sont pas les programmes de prévention mais plutôt « les données statistiques reliées aux événements négatifs ».

5.1.03

Ajout: Les événements sentinelles sont identifiés et font l'objet d'un suivi approprié. Ou encore, une procédure prévoit l'identification et le traitement des événements sentinelles. Ajouter les incidents et les accidents aux événements négatifs à déclaration obligatoire afin d'éviter de se limiter aux médicaments, aux chutes, aux infections nosocomiales et aux plaies de pression.

6.1.01

Définir le sens. Parle-t-on de leur compréhension de la raison de la présence aux USI ou du sens spirituel?

Ne peut coter l'importance et la pertinence.

le sens de la situation actuelle : à explorer. J'aimerais mieux plus de précision.

Difficile avec bien des patients intubés- le lot des patients de soins critiques.

6.1.01 et 6.1.04 Difficile à évaluer ou à vérifier. Par un sondage auprès de l'utilisateur et de ses proches?

6.1.02

Je trouve le terme « active » superflu. Il me semble que le terme « écoute » est suffisant. Je ne connais personne qui fait de l'écoute inactive (commentaire personnel en terme de rigueur en SI).

« Mais » jusqu'où?

6.1.03

« et réfèrent aux personnes compétentes au besoin ».

Il serait peut-être nécessaire ici de préciser entre parenthèses ces principes d'intervention...

À préciser.

6.1.04

Peut-on vraiment apprécier ce critère de manière générale?

Il me semble difficile d'évaluer la sincérité de quelqu'un. Le terme « intérêt » ne serait-il pas suffisant?

7.1.01

« ...est affiché, est connu des intervenants et véhicule... »

Affiché : est-ce nécessaire? Le code d'éthique est connu des intervenants et disponible à l'unité et véhicule...À Québec, il y a un document sur la vision partagée qui est affiché et véhicule les valeurs.

Veut-on dire par affiché...inscrit sur une affiche disponible à l'usager et à ses proches??

Je crois qu'il est important que les valeurs, buts et mission de l'Unité de SC ou de la DSI soient affichés, du moins qu'il y ait un document fasse connaître cela au public, parfois cela peut être le code d'éthique, parfois prendre une autre forme qui sont tout aussi valables. Ex : vision partagée de la DSI qui annonce les valeurs communes des infirmières.

7.2.01

Ajouter un critère concernant la disposition et la destruction des informations confidentielles (copie de rapports, tracés d'ECG, etc.).

Le préposé aux bénéficiaires fournit des soins mais n'a pas accès aux dossiers.

Suggère: changer intervenants pour professionnels dans ce critère.

7.2.03

« dans un lieu permettant d'assurer la confidentialité des informations partagées »

8.1.01

Des trajectoires de déplacement rapide des usagers sont établies et connues des intervenants. Au besoin, des accès prioritaires sont disponibles.

8.1.02

Mise à jour régulièrement??? Mise à jour au besoin serait plus acceptable.

8.1.03

Pas de réponse à pertinence.

Revoir tous les hôpitaux- l'espace n'a pas été planifié pour la quantité de matériel employé actuellement dans les SC.

8.1.04

Ce qui m'embête c'est qu'il faut qu'on réponde à 4 questions? a-b-c-d- dans un seul critère. S'il y en a un qui n'est pas conforme, comment va-t-on l'écrire?

Considérant l'application du critère à tous les protocoles, l'énumération des protocoles entendus minimalement apparaît inutile.

Note : protocole d'ulcère de stress n'est pas beaucoup utilisé depuis l'avènement du gavage précoce. Les antagonistes de récepteurs H2 n'étaient plus prescrits.

Le terme protocole est inapproprié dans plusieurs éléments cités ci-haut. Parfois le terme approprié est : règles de soins ou méthodes de soins (alimentation entérale/soins de bouche)...Ordonnances collectives (retrait de cathéters centraux, c.à thermodilution...)
Ordonnances individuelles standardisées (anti-arythmiques, etc...).

Dans l'énoncé, devrait inclure « protocole de préparation et d'administration des médicaments ».

Long!

8.1.05

1- Même chose que 8.1.04.

2- Devrait-on plutôt savoir si les indications qui sont dans la procédure sont suivies par les infirmières pour l'administration sécuritaire des produits sanguins? Parce qu'il peut y avoir une procédure connue par les infirmières mais elles ne s'en servent pas.

8.1.06

Même chose que 8.1.04.

Diviser en deux critères. D'une part un critère sur la procédure d'évacuation en cas de sinistre interne et, d'autre part, un critère pour l'arrivée massive d'usagers en cas de sinistre externe.

De l'unité/d'accueil?

Ajouter « en urgence » après évacuation de l'unité.

8.1.07

Ce critère pourrait être intégré comme item d) dans le critère 8.1.06.

Préciser situations d'urgence : Incendie? Fumée? ou code bleu, désaturation rapide avec altération de l'état de conscience... Les instances ne sont pas les mêmes.

Difficile +++++ sur une base régulière.

8.1.08

Est-ce que ce critère englobe le contrôle des narcotiques?

8.1.09

Il serait nécessaire de mettre des exemples entre parenthèses de ces produits dangereux.

8.1.10

Pourquoi inscrire sur le dessus du dossier « Pas d'allergie »?

Et sur le bracelet d'identification de l'usager.

Précision : un plan de soins interdisciplinaire en USI n'existe pas dans mon centre.

S'assurer qu'il s'agit d'une vraie allergie.

Ajouter : par un signal visuel au chevet de l'usager.

8.1.11

Idem pour plan de soins interdisciplinaire.

8.2.01

Dans mon centre, on parle davantage de programme d'intégration.

8.2.02

Compléter l'élément « par un programme de formation continue »
L'établissement offre systématiquement aux intervenants de l'USC un programme de formation continue afin de maintenir à jour les connaissances et les habiletés nécessaires.

8.2.03

Difficile d'évaluer cet élément de manière objective à moins de monter un porte-foilio pour chaque intervenant!!!

8.2.04

Est-ce réalisable?

À préciser. Définir autorités compétentes.

Annuellement ne semble pas conforme à la réalité. J'irais avec périodiquement.

Déjà prévu au code des professions : formation continue, évaluation de l'acte

Comment appliquer ce critère?

Par les autorités compétentes et par les pairs

8.2.05

Tient plus au caractère syndical...! Ici peu pertinent.

8.2.06

Je parlerais également de documents de référence pertinents et à jour.

Pas nécessairement l'endroit pour consulter!

8.3.01

S'accolent ??? respectent.

Ajouts : aux procédés, protocoles et ordonnances collectives

8.3.03

Tel qu'indiqué aux critères 1.3.02, 03, 04 et 05, les critères 8.3.03, 04, 05 et 06 semblent davantage en lien avec la norme 1.3 qu'avec la norme 8.3.

À préciser car certains intervenants ne peuvent intervenir ou rien changer dans la conduite à tenir.

8.3.04

Même formulation que critère 1.3.03

cf commentaire critère 8.3.03

Idem à 1.3.03 Les critères ne doivent-ils pas être mutuellement exclusifs et exhaustifs? Voir ce critère.

Même que 1.3.03

8.3.05

cf commentaire critère 8.3.03

Qu'est-ce qu'un traitement prescrit de manière continue?

Je crois que l'on devrait retirer les éléments « de manière continue » puisqu'il n'est pas réaliste et manquent avec le terme dans les meilleurs délais

Redondant avec critère 1.3.04

Même que 1.3.04

8.3.06

Délai raisonnable de manière continue: le plus tôt possible et quotidiennement.

cf commentaire critère 8.3.03

Ressemble à 1.3.05. Idem : de manière continue signifie quoi?

Redondant avec 1.3.05

Même que 1.3.05

8.3.07

Doit-on se coller à la loi et parler de plan de soins et de traitements est rajusté en fonction...

9.1.01

J'enlèverais l'exemple

Je me questionne sur cette dimension puisqu'elle ne comprend qu'une norme et un critère?? Pourrait-elle être plus développée ou se retrouver dans une autre dimension

Il pourrait y avoir un débat sur ce qu'est « l'acharnement thérapeutique ».

Le niveau de soins offerts est conforme à sa condition clinique (ex: l'utilisateur ne fait pas l'objet d'acharnement thérapeutique). Dans le doute, l'équipe soumet le dossier au comité de bioéthique de l'établissement.

10.1.01

Encore là? Une seule norme et un seul critère pour dimension 10?

Les situations sont très souvent réversibles et le patient ne le sait pas. Ex: pas de ventilateur-mais pneumonie guérissable- Que fait-on?
Primordial.

Commentaires généraux

Questionnaire intéressant à compléter même si ce n'était pas toujours facile de bien pondérer « l'importance » et la "pertinence » des critères. C'était un bon défi de réflexion sur notre milieu de travail. En appliquant « à la lettre » tous les critères énumérés, je suis convaincu que la qualité des soins donnés aux malades serait améliorée.

« Je voudrais vous féliciter d'avoir donné autant d'importance à la famille et aux proches de l'utilisateur ».

Vous remarquerez que je suis un peu réticente au comité interdisciplinaire. Je trouve que depuis les dernières années, on se préoccupe beaucoup de la formation de nouveaux comités ± nécessaires au détriment des minutes qui pourraient être données à l'utilisateur.

Je suis consciente qu'une pénurie d'infirmières s'installe pour les prochaines années et je ne crois pas qu'en ajoutant plus d'intervenants auprès de l'utilisateur pour essayer de combler le manque soit une bonne solution.

Comme dans l'avenir, vous serez une de nos têtes dirigeantes dans la profession, je souhaite que vous saurez trouver la solution qui redonnera sa place à l'infirmière.

Je vous semble probablement « vieux jeu », mais je pense qu'un malade a besoin d'une référence et que cette personne doit être l'infirmière."

Je crois que tous les points sur lesquels des critères peuvent être sanctionnés sont bien identifiés. Pour ma part, il reste à clarifier les termes « délai raisonnable », « à proximité », « délai acceptable ». Beau travail.

Dimension 9 et 10 à bonifier ou à voir si norme pourrait être dans une autre dimension.

Certaines normes dans l'outil sont très importantes mais difficilement réalisables dans le milieu actuel en raison du contexte de pénurie de plusieurs intervenants.

Dimension continuité 3.

L'organisation des soins actuels en USI place l'infirmière au centre des soins et services puisqu'elle est la seule intervenant sur place de façon continue 24/24. Cette dimension devrait donc en tenir compte quand on s'adresse aux intervenants.

J'aurais aimé retrouver 1 ou 2 critères dans la dimension 2 confort relatifs aux intervenants. Ex : L'USI dispose de locaux ou aires de repos pour le personnel : pause café, canapé ou divan-lit pour le personnel de nuit, etc.

Dimension 4 Efficacité

Ajouter un critère spécifique en contrôle de la douleur.

Je me questionne sur une dimension non touchée dans l'outil et qui peut contribuer à la qualité des soins et services soit « la reconnaissance des intervenants par l'organisation ». Cette dimension pourrait évaluer la satisfaction des intervenants concernant différents aspects : quantité ou charge de travail, horaire, style de gestion, reconnaissances des acquis et des compétences par primes, rémunération, promotion, etc. Encadrement des formateurs, formateurs. Je crois qu'une telle dimension pourrait permettre d'établir certaines corrélations entre la qualité des soins de certaines dimensions avec la satisfaction au travail.

Devrait-on inclure « La douleur est évaluée au moins 2 fois par quart de travail » qui me semble être un standard de qualité ?

Appendice Q

Résultats de la validation nominale des critères de qualité des soins critiques au plan de la clarté, de l'importance et de la pertinence de ceux-ci, regroupés par dimension pour les informateurs clés proches

Résultats des informateurs clés proches pour les critères d'accessibilité

# des critères							Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	1	2	3	4	
1.1.01_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.1.01_I	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	15	1,00
1.1.01_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
1.4.01_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.01_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.01_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.02_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.02_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.02_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.03_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.03_I	2	3,40	0,83	4,00	4	85,00	0	3	3	9	0,80
1.4.03_P	2	3,47	0,74	4,00	4	86,67	0	2	4	9	0,87
1.4.04_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.04_I	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.4.04_P	2	3,60	0,63	4,00	4	90,00	0	1	4	10	0,93
1.4.05_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.05_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.05_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.06_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.06_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.06_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.07_C	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
1.4.07_I	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	15	1,00
1.4.07_P	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	15	1,00
1.4.08_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.08_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.08_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.09_C	2	3,73	0,59	4,00	4	93,33	0	1	2	12	0,93
1.4.09_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.09_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.10_C	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
1.4.10_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
1.4.10_P	3	3,87	0,36	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.11_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.11_I	3	3,87	0,36	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.11_P	3	3,87	0,36	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00

Légende : c* clarté; i* importance; p* pertinence

Les résultats discordants entre les deux méthodes de validation et les critères non validés sont en grisé

Résultats des informateurs clés proches pour les critères d'accessibilité (suite)

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
1.4.12_C	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.4.12_I	3	3,60	0,51	4,00	4	90,00	0	0	6	9	1,00
1.4.12_P	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.4.13_C	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
1.4.13_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
1.4.13_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
1.4.14_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.14_I	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.14_P	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.15_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.15_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.15_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
1.4.16_C	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.4.16_I	2	3,40	0,74	4,00	4	85,00	0	2	5	8	0,87
1.4.16_P	2	3,40	0,74	4,00	4	85,00	0	2	5	8	0,87
1.4.17_C	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
1.4.17_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.17_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.18_C	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.4.18_I	1	3,47	0,83	4,00	4	86,67	1	0	5	9	0,93
1.4.18_P	1	3,40	0,83	4,00	4	85,00	1	0	6	8	0,93

Résultats des informateurs clés proches pour le critère de confort

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
2.1.01_C	3	3,93	0,26	4,00		98,33	0	0	1	10	1,00
2.1.01_I	2	3,67	0,72	4,00		91,67	0	2	1	12	0,87
2.1.01_P	2	3,73	0,59	4,00		93,33	0	1	2	12	0,93

Résultats des informateurs clés proches pour les critères de continuité

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	%	d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
								1	2	3	4	
3.1.01_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67		0	0	2	13	1,00
3.1.01_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33		0	0	1	14	1,00
3.1.01_P	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00		0	0	0	15	1,00
3.1.02_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00		0	0	3	12	1,00
3.1.02_I	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00		0	0	0	15	1,00
3.1.02_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33		0	0	1	14	1,00

Résultats des informateurs clés proches pour les critères d'efficacité

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	%	d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
								1	2	3	4	
4.1.01_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67		0	0	2	13	1,00
4.1.01_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33		0	0	1	14	1,00
4.1.01_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67		0	0	2	13	1,00
4.1.02_C	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33		0	0	1	14	1,00
4.1.02_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33		0	0	1	14	1,00
4.1.02_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33		0	0	1	14	1,00

Résultats des informateurs clés proches pour le critère d'efficience

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	%	d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
								1	2	3	4	
5.1.01_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67		0	0	2	13	1,00
5.1.01_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33		0	0	1	14	1,00
5.1.01_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33		0	0	1	14	1,00

Résultats des informateurs clés proches pour les critères d'empathie

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
6.1.01_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
6.1.01_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
6.1.01_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
6.1.02_C	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
6.1.02_I	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	15	1,00
6.1.02_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
6.1.03_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
6.1.03_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
6.1.03_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
6.1.04_C	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
6.1.04_I	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	15	1,00
6.1.04_P	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	15	1,00
6.1.05_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
6.1.05_I	2	3,73	0,59	4,00	4	93,33	0	1	2	12	0,93
6.1.05_P	2	3,73	0,59	4,00	4	93,33	0	1	2	12	0,93

Résultats des informateurs clés proches pour les critères de respect

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
7.1.01_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
7.1.01_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
7.1.01_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
7.1.02_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
7.1.02_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
7.1.02_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
7.2.01_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
7.2.01_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
7.2.01_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
7.2.02_C	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
7.2.02_I	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
7.2.02_P	3	3,86	0,36	4,00	4	96,43	0	0	2	12	1,00
7.2.03_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
7.2.03_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
7.2.03_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00

Résultats des informateurs clés proches pour les critères de fiabilité

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
8.2.01_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
8.2.01_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
8.2.01_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
8.2.02_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
8.2.02_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
8.2.02_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00

Résultats des informateurs clés proches pour le critère de pertinence

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
9.1.01_C	2	3,73	0,70	4,00	4	93,33	0	2	0	13	0,87
9.1.01_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
9.1.01_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00

Résultats des informateurs clés proches pour les critères de responsabilisation

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
10.1.01_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
10.1.01_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
10.1.01_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
10.1.02_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
10.1.02_I	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	15	1,00
10.1.02_P	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	15	1,00
10.1.03_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.1.03_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
10.1.03_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
10.2.01_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
10.2.01_I	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
10.2.01_P	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
10.2.02_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
10.2.02_I	2	3,73	0,60	4,00	4	93,33	0	1	2	13	0,93
10.2.02_P	2	3,73	0,60	4,00	4	93,33	0	1	2	12	0,93

Résultats des informateurs clés proches pour les critères de responsabilisation (suite)

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
10.2.03_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.2.03_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
10.2.03_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
10.2.04_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.2.04_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.2.04_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.2.05_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
10.2.05_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.2.05_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.2.06_C	2	3,60	0,63	4,00	4	90,00	0	1	3	10	0,93
10.2.06_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.2.06_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00

Appendice R

Résultats de la validation nominale des critères de qualité des soins critiques au plan de la clarté, de l'importance et de la pertinence de ceux-ci, regroupés par dimension pour les informateurs clés usagers

Résultats des informateurs clés usagers pour les critères d'accessibilité

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
1.3.01_C	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.3.01_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.3.01_P	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.4.01_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
1.4.01_I	2	3,67	0,62	4,00	4	91,67	0	1	3	11	0,93
1.4.01_P	2	3,60	0,63	4,00	4	90,00	0	1	4	10	0,93
1.4.02_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.02_I	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.02_P	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.4.03_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.03_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.03_P	2	3,73	0,59	4,00	4	93,33	0	1	2	12	0,93
1.4.04_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.04_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.04_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.05_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.05_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.05_P	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.4.06_C	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.4.06_I	1	3,60	0,83	4,00	4	90,00	1	0	3	11	0,93
1.4.06_P	1	3,47	0,83	4,00	4	86,67	1	0	5	9	0,93
1.4.07_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.07_I	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.07_P	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
1.4.08_C	3	3,80	0,414	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
1.4.08_I	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
1.4.08_P	2	3,67	0,62	4,00	4	91,67	0	1	3	11	0,93

Légende : c* clarté; i* importance; p* pertinence

Les résultats discordants entre les deux méthodes de validation et les critères non validés sont en grisé

Résultats des informateurs clés usagers pour les critères de confort

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
2.1.01_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
2.1.01_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
2.1.01_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
2.1.02_C	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
2.1.02_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
2.1.02_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
2.1.03_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
2.1.03_I	2	2,87	0,99	2,00	4	71,67	0	8	1	6	0,47
2.1.03_P	2	3,07	0,88	3,00	4	76,67	0	5	4	6	0,67
2.1.04_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
2.1.04_I	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
2.1.04_P	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00

Résultats des informateurs clés usagers pour les critères de continuité

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
3.1.01_C	2	3,73	0,59	4,00	4	93,33	0	1	2	12	0,93
3.1.01_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
3.1.01_P	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
3.1.02_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
3.1.02_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
3.1.02_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00

Résultats des informateurs clés usagers pour les critères d'efficacité

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
4.1.01_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
4.1.01_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
4.1.01_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
4.1.02_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
4.1.02_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
4.1.02_P	2	3,67	0,62	4,00	4	91,67	0	1	3	11	0,93

Résultats des informateurs clés usagers pour le critère d'efficience

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
5.1.01_C	2	3,73	0,59	4,00	4	93,33	0	1	2	12	0,93
5.1.01_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
5.1.01_P	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00

Résultats des informateurs clés usagers pour les critères d'empathie

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
6.1.01_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
6.1.01_I	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
6.1.01_P	2	3,60	0,63	4,00	4	90,00	0	1	4	10	0,93
6.1.02_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
6.1.02_I	3	3,60	0,51	4,00	4	90,00	0	0	6	9	1,00
6.1.02_P	3	3,60	0,51	4,00	4	90,00	0	0	6	9	1,00
6.1.03_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
6.1.03_I	2	3,60	0,63	4,00	4	90,00	0	1	4	10	0,93
6.1.03_P	2	3,67	0,62	4,00	4	91,67	0	1	3	11	0,93
6.1.04_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
6.1.04_I	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
6.1.04_P	3	3,60	0,51	4,00	4	90,00	0	0	6	9	1,00
6.1.05_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
6.1.05_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
6.1.05_P	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00

Résultats des informateurs clés usagers pour les critères de respect

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
7.1.01_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
7.1.01_I	2	3,73	0,60	4,00	4	93,33	0	1	2	12	0,93
7.1.01_P	2	3,60	0,63	4,00	4	90,00	0	1	4	10	0,93
7.1.02_C	2	3,60	0,63	4,00	4	90,00	0	1	4	10	0,93
7.1.02_I	2	3,33	0,90	4,00	4	83,33	0	4	2	9	0,73
7.1.02_P	2	3,40	0,83	4,00	4	85,00	0	3	3	9	0,80

Résultats des informateurs clés usagers pour les critères de respect (suite)

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
7.1.03_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
7.1.03_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
7.1.03_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
7.1.04_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
7.1.04_I	1	3,27	0,88	3,00	4	81,67	1	1	6	7	0,87
7.1.04_P	1	3,33	0,90	4,00	4	83,33	1	1	5	8	0,87
7.1.05_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
7.1.05_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
7.1.05_P	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
7.1.06_C	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
7.1.06_I	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
7.1.06_P	3	3,60	0,51	4,00	4	90,00	0	0	6	9	1,00
7.2.01_C	2	3,67	0,62	4,00	4	91,67	0	1	3	11	0,93
7.2.01_I	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
7.2.01_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
7.2.02_C	2	3,60	0,63	4,00	4	90,00	0	1	4	10	0,93
7.2.02_I	3	3,93	0,27	4,00	4	98,21	0	0	1	13	1,00
7.2.02_P	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00

Résultats des informateurs clés usagers pour les critères de fiabilité

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
8.2.01_C	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
8.2.01_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
8.2.01_P	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
8.2.02_C	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00
8.2.02_I	4	4,00	0,00	4,00	4	100,00	0	0	0	14	1,00
8.2.02_P	3	3,71	0,47	4,00	4	92,86	0	0	4	10	1,00

Résultats des informateurs clés usagers pour les critères de responsabilisation

# des critères	Min	Moyenne	Écart-type	Médiane	Max	% d'accord	Distribution de la fréquence des réponses				Indice de validité de contenu IVC
							1	2	3	4	
10.1.01_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
10.1.01_I	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.1.01_P	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
10.1.02_C	2	3,60	0,63	4,00	4	90,00	0	1	4	10	0,93
10.1.02_I	3	3,93	0,26	4,00	4	98,33	0	0	1	14	1,00
10.1.02_P	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
10.1.03_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.1.03_I	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
10.1.03_P	3	3,67	0,49	4,00	4	91,67	0	0	5	10	1,00
10.2.01_C	3	3,73	0,46	4,00	4	93,33	0	0	4	11	1,00
10.2.01_I	2	3,53	0,64	4,00	4	88,33	0	1	5	9	0,93
10.2.01_P	2	3,53	0,64	4,00	4	88,33	0	1	5	9	0,93
10.2.02_C	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00
10.2.02_I	2	3,60	0,74	4,00	4	90,00	0	2	2	11	0,87
10.2.02_P	2	3,47	0,74	4,00	4	86,67	0	2	4	9	0,87
10.2.03_C	3	3,79	0,43	4,00	4	94,64	0	0	3	11	1,00
10.2.03_I	3	3,87	0,35	4,00	4	96,67	0	0	2	13	1,00
10.2.03_P	3	3,80	0,41	4,00	4	95,00	0	0	3	12	1,00

Appendice S

Statistiques descriptives par informateur clé, par groupe d'informateurs clés et par dimension

Statistiques descriptives pour les informateurs clés professionnels par dimension

Moyennes	Acces C	Acces I	AccesP	Conf C	Conf I	ConfP	Conti C	Conti I	ContiP	Effica C	Effica I	Effica P
Prof 1	3,70	4,00	3,96	4,00	4,00	4,00	3,76	3,88	3,82	3,50	4,00	3,75
Prof 2	3,60	3,96	3,96	4,00	3,75	3,75	4,00	3,76	3,76	4,00	3,25	3,25
Prof 3	3,09	3,65	3,52	3,50	3,75	3,25	3,56	3,75	3,63	2,50	4,00	4,00
Prof 4	3,67	3,78	3,81	4,00	3,75	3,50	3,88	3,76	3,71	4,00	4,00	4,00
Prof 5	3,56	3,70	3,70	4,00	4,00	4,00	2,94	3,71	3,41	2,75	3,00	3,00
Prof 6	3,85	3,46	3,46	4,00	3,25	3,25	3,76	3,35	3,35	2,75	3,00	3,00
Prof 8	4,00	3,85	3,85	4,00	3,75	4,00	4,00	3,92	3,92	4,00	3,75	3,75
Prof 9	3,80	3,81	3,89	3,75	3,75	3,75	3,76	3,82	3,88	4,00	3,75	4,00
Prof 10	3,38	3,83	3,88	3,50	3,50	3,75	3,59	3,65	3,82	4,00	4,00	4,00
Prof 11	3,22	3,41	3,07	3,50	3,50	3,00	3,29	3,00	3,18	3,25	3,25	4,00
Prof 12	3,96	3,93	3,93	4,00	3,75	3,75	4,00	3,53	3,59	4,00	3,25	3,25
Prof 13	3,70	3,63	3,63	4,00	3,25	3,25	3,88	3,24	3,24	2,75	3,00	3,00
Prof 14	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,94	3,65	3,71	4,00	3,00	3,25
Prof 15	4,00	3,67	3,70	3,50	3,75	4,00	3,94	3,71	3,88	4,00	3,25	3,25
Groupe												
profession	Acces C	Acces I	AccesP	Conf C	Conf I	ConfP	Conti C	Conti I	ContiP	Effica C	Effica I	Effica P
Minimum	3,09	3,41	3,07	3,50	3,25	3,00	2,94	3,00	3,18	2,50	3,00	3,00
Maximum	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,92	3,92	4,00	4,00	4,00
Moyenne	3,68	3,76	3,74	3,84	3,70	3,66	3,74	3,62	3,636	3,536	3,464	3,536
% d'accord	92,02	94,07	93,50	96,00	92,41	91,52	93,44	90,59	90,89	88,39	86,61	88,39
Écart-type	0,29	0,19	0,25	0,23	0,24	0,35	0,31	0,26	0,25	0,60	0,43	0,43
Médiane	3,70	3,80	3,83	4,00	3,75	3,75	3,82	3,71	3,71	4,00	3,25	3,50

Statistiques descriptives pour les informateurs clés professionnels par dimension (suite)

Moyennes	Effici C	Effici I	Effici P	Empa C	Empa I	Empa P	Resp C	Resp I	Resp P
Prof 1	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Prof 2	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Prof 3	2,67	4,00	4,00	3,25	3,75	3,75	3,50	3,75	3,75
Prof 4	4,00	4,00	4,00	3,50	4,00	4,00	3,50	3,75	3,75
Prof 5	3,33	3,67	3,67	2,50	3,75	3,75	3,25	3,75	3,50
Prof 6	3,67	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,50	3,50
Prof 8	4,00	3,33	3,33	4,00	4,00	4,00	4,00	3,75	3,75
Prof 9	4,00	4,00	4,00	3,25	3,50	3,25	3,75	3,00	3,50
Prof 10	4,00	4,00	4,00	3,25	3,50	3,50	4,00	4,00	4,00
Prof 11	3,00	3,00	3,33	3,25	3,25	2,75	3,00	3,00	2,25
Prof 12	4,00	3,67	3,67	4,00	3,50	3,50	4,00	3,75	3,75
Prof 13	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Prof 14	4,00	3,67	3,67	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Prof 15	4,00	3,67	3,67	4,00	3,75	3,75	4,00	3,75	4,00
Groupe									
professio	Effici C	Effici I	Effici P	Empa C	Empa I	Empa P	Resp C	Resp I	Resp P
Minimum	2,67	3,00	3,00	2,50	3,00	2,75	3,00	3,00	2,25
Maximum	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Moyenne	3,76	3,64	3,67	3,57	3,71	3,66	3,71	3,64	3,62
%									
d'accord	94,05	91,07	91,67	89,29	92,86	91,52	92,86	91,07	90,62
Écart-type	0,44	0,40	0,37	0,49	0,32	0,41	0,39	0,38	0,49
Médiane	4,00	3,67	3,67	3,75	3,75	3,75	4,00	3,75	3,75

Statistiques descriptives pour les informateurs clés proches par dimension (suite)

Moyennes	Fiabil C	Fiabil I	Fiabil P	Pertin C	Pertin I	Pertin P	Respo C	Respo I	Respo P	Moy/juge	Écart- type/juge
Proche 1	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	0
Proche 2	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,78	3,78	3,87	0,27
Proche 3	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,99	0,02
Proche 4	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	0,00
Proche 5	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,22	3,33	3,33	3,42	0,35
Proche 6	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	3,78	4,00	4,00	3,92	0,36
Proche 7	4,00	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,44	3,56	3,92	0,18
Proche 8	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,78	3,78	3,78	3,94	0,14
Proche 9	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,89	3,89	3,89	3,97	0,06
Proche 10	3,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	3,44	3,44	3,44	3,67	0,37
Proche 11	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,78	0,54
Proche 12	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,89	3,89	3,89	3,98	0,04
Proche 13	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,99	0,02
Proche 14	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	0,01
Proche 15	3,00	4,00	3,50	2,00	4,00	3,00	3,00	3,89	3,89	3,29	0,53
Groupe proches	Fiabil C	Fiabil I	Fiabil P	Pertin C	Pertin I	Pertin P	Respo C	Respo I	Respo P		
Minimum	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,33	3,33		
Maximum	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00		
Moyenne %	3,80	3,83	3,83	3,73	3,93	3,87	3,80	3,83	3,84		
d'accord	95,00	95,83	95,83	93,33	98,33	96,67	95,00	95,74	95,93		
Écart-type	0,41	0,36	0,36	0,70	0,26	0,35	0,32	0,23	0,22		
Médiane	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,89	3,89		

Statistiques descriptives pour les informateurs clés usagers par dimension

Moyennes	Acces C	Acces I	AccesP	Conf C	Conf I	ConfP	Conti C	Conti I	ContiP	Effic C	Effic I	Effic P
Usager 1	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Usager 2	3,89	3,00	3,00	3,75	3,25	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	3,50	3,00
Usager 3	3,89	4,00	3,89	3,75	3,75	3,75	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Usager 4	4,00	4,00	4,00	4,00	3,50	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Usager 5	3,89	3,89	3,89	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Usager 6	3,89	3,89	3,89	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Usager 7	3,78	3,78	3,78	4,00	3,50	3,50	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Usager 8	3,22	4,00	3,22	3,00	3,25	3,25	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00
Usager 9	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Usager 10	3,00	3,00	3,22	3,50	3,25	3,25	3,50	4,00	4,00	3,00	3,00	3,50
Usager 11	4,00	3,78	3,67	4,00	3,50	3,75	4,00	4,00	4,00	3,50	4,00	3,50
Usager 12	4,00	4,00	4,00	4,00	3,50	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Usager 13	4,00	3,78	3,67	4,00	3,75	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Usager 14	3,78	3,78	3,78	4,00	3,50	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Usager 15	3,11	3,33	2,89	3,00	3,25	2,75	3,00	3,50	3,50	3,00	3,50	3,00
Groupe usagers	Acces C	Acces I	AccesP	Conf C	Conf I	ConfP	Conti C	Conti I	ContiP	Effic C	Effic I	Effic P
Minimum	3,00	3,00	2,89	3,00	3,25	2,75	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Maximum	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Moyenne %	3,76	3,75	3,66	3,80	3,60	3,62	3,77	3,90	3,90	3,77	3,87	3,73
d'accord	94,07	93,70	91,48	95,00	90,00	90,42	94,17	97,50	97,50	94,17	96,67	93,33
Écart-type	0,35	0,35	0,38	0,36	0,30	0,36	0,42	0,28	0,28	0,42	0,30	0,42
Médiane	3,89	3,89	3,78	4,00	3,50	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

Statistiques descriptives pour les informateurs clés usagers par dimension (suite)

[illegible]

Statistiques descriptives pour informateur clé usagers par dimension (suite)

Moyennes	Fiabil C	Fiabil I	Fiabil P	Pertin C	Pertin I	Pertin P	Respo C	Respo I	Respo P	Moy/juge	Écart- type/juge
Usager 1	4,00	4,00	4,00				4,00	4,00	4,00	4,00	0,00
Usager 2	3,00	3,00	3,00				3,67	3,00	3,00	3,43	0,47
Usager 3	4,00	4,00	4,00				4,00	4,00	4,00	3,93	0,09
Usager 4	4,00	4,00	4,00				4,00	4,00	4,00	3,95	0,13
Usager 5	4,00	4,00	4,00				4,00	4,00	4,00	3,99	0,03
Usager 6	3,50	3,50	3,50				4,00	4,00	4,00	3,90	0,17
Usager 7	4,00	4,00	4,00				4,00	3,67	3,67	3,88	0,23
Usager 8	3,00	3,50	3,00				3,00	3,67	3,00	3,25	0,34
Usager 9	4,00	4,00	4,00				4,00	4,00	4,00	4,00	0,00
Usager 10	3,50	4,00	3,00				3,00	3,33	3,33	3,23	0,39
Usager 11	3,00	4,00	3,50				3,50	3,50	3,17	3,63	0,33
Usager 12	4,00	4,00	4,00				4,00	4,00	4,00	3,96	0,13
Usager 13	4,00	4,00	4,00				4,00	4,00	4,00	3,97	0,09
Usager 14	4,00	4,00	4,00				4,00	4,00	4,00	3,90	0,16
Usager 15	3,00	4,00	3,00				3,00	2,83	2,67	3,13	0,38
Groupe usagers	Fiabil C	Fiabil I	Fiabil P	Pertin C	Pertin I	Pertin P	Respo C	Respo I	Respo P		
Minimum	3,00	3,00	3,00				3,00	2,83	2,67		
Maximum	4,00	4,00	4,00				4,00	4,00	4,00		
Moyenne %	3,67	3,87	3,67				3,74	3,73	3,66		
d'accord	91,67	96,67	91,7				93,61	93,33	91,39		
Écart-type	0,45	0,30	0,45				0,41	0,40	0,48		
Médiane	4,00	4,00	4,00				4,00	4,00	4,00		

Appendice T

Analyses statistiques des différences de résultats entre les professionnels et entre les
usagers et les proches

Résultats du test de Kruskal-Wallis et des tests de Mann-Whitney pour les professionnels

Groupes	AcceC	AccI	AccP	ConfC	ConfI	ConfP	ContinC	ContinI	ContinP	EfficaciC
Kruskal-Wallis	Rang Moyen Infirmi	8,10	8,40	8,30	10,00	9,70	8,80	6,40	7,90	6,60
	Rang Moyen Physio	5,00	12,00	12,00	10,00	8,00	7,50	13,00	10,50	10,50
	Rang Moyen Gestion	6,00	7,50	7,00	6,25	8,00	5,25	8,00	6,50	5,75
	Rang Moyen Médecin	13,00	10,00	8,00	10,00	8,00	12,00	13,00	14,00	10,50
	Rang Moyen Pharmac	6,17	4,00	5,00	5,83	4,33	3,83	5,50	5,00	6,17
	Rang Moyen Inhaloth	8,00	7,00	7,25	2,50	5,75	9,75	7,25	6,50	10,50
	Chi carré	2,81	3,88	2,47	8,42	4,06	5,51	4,63	4,30	3,65
	Degrés lib	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	P bilatéral	0,73	0,57	0,78	0,13	0,54	0,36	0,46	0,51	0,60
Mann-Whitney Infirmi et profes	Rang Moyen Infirmi	8,10	8,40	8,30	10,00	9,70	8,80	6,40	7,90	6,60
	Rang Moyen Profes	7,17	7,00	7,06	6,11	6,28	6,78	8,11	7,28	8,00
	Z	-0,40	-0,60	-0,53	-1,97	-1,58	-0,90	-0,74	-0,27	-0,67
	P bilatéral	0,69	0,55	0,59	*0,049	0,11	0,37	0,46	0,79	0,50
Mann-Whitney Gest et Profes	Rang Moyen Gestion	6,00	7,50	7,00	6,25	8,00	5,25	8,00	6,50	5,75
	Rang Moyen Profes	7,75	7,50	7,58	7,71	7,42	7,88	7,42	7,67	7,79
	Z	-0,55	0,00	-0,18	-0,54	-0,20	-0,85	-0,18	-0,37	-0,71
	P bilatéral	0,58	1,00	0,85	0,59	0,84	0,39	0,85	0,71	0,48

* Différence statistiquement significative ($p < 0,05$)

Résultats du test de Kruskal-Wallis et des tests de Mann-Whitney pour les professionnels (suite)

Groupes	Efficacil	EfficacilP	EfficienC	EfficienI	EfficienP	EmpatC	EmpatI	EmpatP	RespeC	RespeI
Rang Moyen Infirmières	6,50	6,00	7,10	7,60	7,50	8,20	10,60	10,60	7,80	8,80
Rang Moyen Physio	6,50	5,50	9,50	11,50	11,50	11,00	11,50	11,50	10,50	12,50
Rang Moyen Gestion	9,50	8,75	5,25	9,00	9,00	7,75	5,50	5,75	7,50	7,50
Rang Moyen Médecin	9,50	8,50	9,50	4,00	3,50	11,00	11,50	11,50	10,50	7,50
Rang Moyen Pharmac	6,17	8,67	7,00	5,17	5,50	3,67	2,33	2,00	3,00	2,00
Rang Moyen Inhaloth	9,50	8,75	9,50	9,00	9,00	7,75	5,50	5,75	10,50	10,00
Chi carré	1,92	1,65	2,48	3,43	3,40	4,76	11,12	11,47	6,85	8,75
Degrés lib	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P bilatéral	0,86	0,90	0,78	0,63	0,64	0,44	*0,049	*0,04	0,23	0,12
Mann-Whitney	6,50	6,00	7,10	7,60	7,50	8,20	10,60	10,60	7,80	8,80
Infirmi et profes	8,06	8,33	7,72	7,44	7,50	7,11	5,78	5,78	7,33	6,78
Z	-0,69	-1,04	-0,33	-0,07	0,00	-0,50	-2,17	-2,16	-0,22	-0,92
P bilatéral	0,49	0,30	0,74	0,94	1,00	0,61	*0,03	*0,03	0,82	0,36
Mann-Whitney	9,5	8,75	5,25	9,00	9,00	7,75	5,50	5,75	7,50	7,50
Gest et Profes	7,17	7,29	7,88	7,25	7,25	7,46	7,83	7,79	7,50	7,50
Z	-0,76	-0,48	-1,03	-0,58	-0,58	-0,10	-0,77	-0,67	0,00	0,00
P bilatéral	0,45	0,63	0,30	0,56	0,56	0,92	0,44	0,50	1,00	1,00

* Différence statistiquement significative ($p < 0,05$)

Résultats du test de Kruskal-Wallis et des tests de Mann-Whitney pour les professionnels (suite)

Groupes	RespeP	FiabilC	FiabilI	FiabilP	PertinC	PertinI	PertinP	ResponC	ResponI	ResponP
Kruskal-Wallis	Rang Moyen Infirmi	7,90	7,30	8,40	8,60	7,90	9,00	8,50	7,60	7,60
	Rang Moyen Physio	12,00	13,00	12,00	12,00	9,50	9,00	8,50	9,00	9,00
	Rang Moyen Gestion	7,50	7,25	7,50	7,00	9,50	9,00	8,50	5,50	5,50
	Rang Moyen Médecin	7,50	13,00	10,00	9,00	9,50	9,00	8,50	9,00	9,00
	Rang Moyen Pharmac	2,33	3,83	3,00	3,33	5,50	4,33	6,00	6,67	6,67
	Rang Moyen Inhaloth	12,00	8,25	8,50	8,50	5,50	5,50	5,25	9,00	9,00
	Chi carré	8,75	5,92	5,38	4,75	3,32	6,57	3,98	2,15	2,15
Mann-Whitney	Degrés lib	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	P bilatéral	0,12	0,31	0,37	0,45	0,65	0,25	0,55	0,83	0,83
	Rang Moyen Infirmi	7,90	7,30	8,40	8,60	7,90	9,00	8,50	7,60	7,60
	Rang Moyen Profes	7,28	7,61	7,00	6,89	7,28	6,67	6,94	7,44	7,44
Mann-Whitney	Z	-0,28	-0,13	-0,60	-0,73	-0,34	-1,40	-1,09	-0,09	-0,09
	P bilatéral	0,78	0,89	0,55	0,46	0,74	0,16	0,27	0,92	0,92
	Rang Moyen Gestion	7,50	7,25	7,50	7,00	9,50	9,00	8,50	5,50	5,50
	Rang Moyen Profes	7,50	7,54	7,50	7,58	7,17	7,25	7,33	7,83	7,83
Gest et Profes	Z	0,00	-0,09	0,00	-0,18	-0,92	-0,77	-0,60	-1,02	-1,02
	P bilatéral	1,00	0,93	1,00	0,85	0,36	0,44	0,55	0,30	0,30

* Différence statistiquement significative ($p < 0,05$)

Résultats du test de Kruskal-Wallis et des tests de Mann-Whitney pour les professionnels (suite)

Groupes		AcceC	AccI	AccP	ConfC	ConfI	ConfP	ContiC	ContiI	ContiP	Efficac
Mann-Whitney Phar et Profes	Rang Moyen Pharm	6,17	4,00	5,00	5,83	4,33	3,83	5,50	5,00	5,17	6,17
	Rang Moyen Profess	7,86	8,45	8,18	7,95	8,36	8,50	8,05	8,18	8,14	7,86
	Z	-0,63	-1,64	-1,17	-0,92	-1,59	-1,78	-0,94	-1,17	-1,09	-0,69
	P bilatéral	0,53	0,12	0,24	0,36	0,11	0,07	0,34	0,24	0,27	0,49
Mann-Whitney Inha et Profes	Rang Moyen Inhalo	8,00	7,00	7,25	2,50	5,75	9,75	7,25	6,50	11,50	10,50
	Rang Moyen Profess	7,42	7,58	7,54	8,33	7,79	7,13	7,54	7,67	6,83	7,00
	Z	-0,18	-0,18	-0,09	-2,16	-0,69	-0,85	-0,09	-0,37	-1,47	-1,22
	P bilatéral	0,85	0,85	0,93	*0,03	0,49	0,39	0,93	0,71	0,14	0,22
Groupes		Efficac	EfficacP	EfficieC	EfficieI	EfficieP	EmpatC	EmpatI	EmpatP	RespeC	RespeI
Mann-Whitney Phar et Profes	Rang Moyen Pharm	6,17	8,67	7,00	5,17	5,50	3,67	2,33	2,00	3,00	2,00
	Rang Moyen Profess	7,86	7,18	7,64	8,14	8,05	8,55	8,91	9,00	8,73	9,00
	Z	-0,65	-0,57	-0,29	-1,15	-0,99	-1,94	-2,54	-2,69	-2,33	-2,72
	P bilatéral	0,52	0,57	0,77	0,25	0,32	0,05	*0,01	*0,00	*0,02	*0,00
Mann-Whitney Inha et Profes	Rang Moyen Inhalo	9,50	8,75	9,50	9,00	9,00	7,75	5,50	5,75	10,50	10,00
	Rang Moyen Profess	7,17	7,29	7,17	7,25	7,25	7,46	7,83	7,79	7,00	7,08
	Z	-0,76	-0,48	-0,91	-0,58	-0,58	-0,10	-0,77	-0,67	-1,22	-0,97
	P bilatéral	0,50	0,63	0,36	0,56	0,56	0,92	0,44	0,50	0,22	0,33
Groupes		RespeP	FiabilC	FiabilI	FiabilP	PertinC	PertinI	PertinP	RespoC	RespoI	RespoP
Mann-Whitney Phar et Profes	Rang Moyen Pharm	2,33	3,83	3,00	3,33	5,50	4,33	6,00	8,00	6,67	6,67
	Rang Moyen Profess	8,91	8,50	8,73	8,64	8,05	8,36	7,91	7,36	7,73	7,73
	Z	-2,51	-1,72	-2,11	-1,95	-1,17	-2,08	-1,15	-0,52	-0,55	-0,55
	P bilatéral	*0,01	0,08	*0,03	0,05	0,24	*0,04	0,25	0,60	0,58	0,58
Mann-Whitney Inha et Profes	Rang Moyen Inhalo	12,00	8,25	8,50	8,50	5,50	5,50	5,25	8,00	9,00	9,00
	Rang Moyen Profess	6,75	7,38	7,33	7,33	7,83	7,83	7,88	7,42	7,25	7,25
	Z	-1,71	-0,28	-0,37	-0,37	-0,92	-1,02	-1,35	-0,41	-0,77	-0,77
	P bilatéral	0,09	0,78	0,71	0,71	0,36	0,30	0,18	0,68	0,44	0,44

* Différence statistiquement significative ($p < 0,05$)

